



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia applicata

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE

IL MUTISMO SELETTIVO: CAUSE E STRATEGIE D'INTERVENTO IN ETA' INFANTILE

Relatore

Feola Vittoria

Laureanda

Cavarzan Francesca

Matricola 1232977

Anno Accademico

2022/2023

	2
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO 1	10
PANORAMICA SUL MUTISMO SELETTIVO: DEFINIZIONE, EZIOPATOGENESI E COMORBIDITA'	
La definizione e l'evoluzione storica del mutismo selettivo	10
Gli aspetti epidemiologici e l'età di esordio del mutismo selettivo	11
L'eziopatogenesi	12
La familiarità e i fattori genetici	12
I fattori temperamentali	13
I fattori ambientali	13
Le comorbidity	15
Il disturbo da ansia sociale	16
La fobia specifica	16
L'ansia da separazione	17
L'ADHD (disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività)	17
L'ansia generalizzata	18
I disturbi dell'evacuazione	18
Il disturbo oppositivo/provocatorio	19
Il disturbo ossessivo/compulsivo	19

	3
CAPITOLO 2	20
IL TRATTAMENTO PER LA CURA DEL MUTISMO SELETTIVO: IL MODELLO MULTISITUAZIONALE MST E L'INTERVENTO NEI DIVERSI CONTESTI	
Il modello multisituazionale MST	20
La dimensione intersoggettiva	20
La sintonizzazione	21
La cooperazione	22
L'esplorazione	23
L'espressività	23
La dimensione esperienziale	24
L'esperienza perturbativa	24
L'esperienza di gioco	25
L'esperienza di capacità e lo sblocco emozionale	26
Il contesto terapeutico	26
Cenni storici e gli approcci teorico-terapeutico dell'arteterapia	28
Il laboratorio Co-creArte Terapeutica	29

	4
Le attività espressive del laboratorio	30
Le attività rompighiaccio	30
Le attività esplorative	31
Le attività auto-osservative ed auto-rappresentative	31
Le attività dichiarative	32
Le tecniche particolari con l'uso di immagini: foto e video	33
Il contributo terapeutico della creatività	34
Il contesto familiare	36
Le dinamiche familiari ed il mutismo selettivo	38
Il trattamento del mutismo selettivo nel contesto familiare ed il supporto alle famiglie	39
Il contesto scolastico	42
Il piano didattico personalizzato (PDP)	42
La scelta della classe e l'intervento di introduzione progressiva alla parola	43
L'utilità delle emozioni	46
CAPITOLO 3	49
ELISA ED IL PESO DELLE PAROLE NON DETTE	
I primi anni di Elisa ed il contesto familiare	50

	5
Il contesto scolastico di Elisa	52
Il contesto terapeutico e le comorbidità	53
CONCLUSIONE	61
BIBLIOGRAFIA	63
SITOGRAFIA	64
INFORMATIVA SULLA PRIVACY	65
RINGRAZIAMENTI	66

Ad Elisa.

A me.

All'ansia che dentro di noi c'è.

*C'è un silenzio del cielo prima del temporale,
delle foreste prima che si levi il vento,
del mare calmo della sera, di quelli che si amano,
della nostra anima,
poi c'è un silenzio che chiede solo di essere ascoltato.*

R.Battaglia

INTRODUZIONE

La seguente trattazione nasce da un'esperienza implicita al Servizio Civile Universale equipollato al mio tirocinio formativo.

Durante l'anno di tirocinio all'interno della Comunità Alloggio "Casa dei Giacinti" a Volpago del Montello (TV) ho avuto modo di conoscere un'operatrice socio-sanitaria la quale ha fieramente comunicato di avere una figlia, Elisa, con il mutismo selettivo. Prima di allora non sapevo esattamente cosa fosse il mutismo selettivo perché non se ne parla quasi mai.

Quando mi è stato descritto tale disturbo ho provato una stretta allo stomaco per lo stupore.

Soffro d'ansia psicosomatica da quando ho intrapreso il primo corso di laurea in Matematica, corso che ho dovuto abbandonare a seguito delle ripercussioni fisiche dovute a questo disagio. Il venire a conoscenza del fatto che l'ansia, oltre a far ammalare un corpo, potesse anche impedire la riuscita della parola, ha suscitato in me il desiderio di fronteggiarla ancora una volta.

Ho deciso di informarmi sul mutismo selettivo per un interesse personale ma, man mano che leggevo articoli e libri, ho maturato l'idea di farlo diventare il mio argomento per l'elaborato finale: concludere un percorso universitario marchiato a fuoco dall'ansia con una tesi il cui argomento riguarda un disturbo dell'ansia.

Il primo capitolo intende dare una panoramica su quello che è il mutismo selettivo in quanto, sebbene siano passati anni, spesso si tende ancora a confonderlo con un'eccessiva timidezza e riservatezza. Si provvederà alla lettura dell'evoluzione della definizione del mutismo selettivo e la sua classificazione nel DSM-5 come disturbo d'ansia. In seguito verranno analizzati di aspetti epidemiologici e l'eziopatogenesi di tale disturbo. Questo primo capitolo si conclude esponendo le comorbidità ovvero la possibile presenza di altri disturbi all'interno del bambino con mutismo selettivo.

Il secondo capitolo spiega il trattamento per la cura del mutismo selettivo. In particolare modo viene analizzato nel dettaglio il modello situazionale MST e l'intervento nei

diversi contesti: il contesto terapeutico; il contesto familiare, dove la collaborazione con i genitori risulta essere fondamentale ed il contesto scolastico in quanto la scuola risulta essere uno dei luoghi più frequenti per il manifestarsi del mutismo selettivo.

Il terzo capito vuole raccontare la storia di Elisa, la bambina con mutismo selettivo. Elisa ha 6 anni ed un passato un po' turbolento alle spalle che le ha innescato questo senso di disagio cronico verso il mondo impedendole di parlare con gli estranei. In questo capitolo verranno analizzati il contesto familiare prima e dopo la sua nascita. Successivamente verranno analizzati il contesto scolastico ed il contesto terapeutico la cui documentazione è stata fornita dalla madre Francesca.

CAPITOLO 1

PANORAMICA SUL MUTISMO SELETTIVO: DEFINIZIONE, EZIOPATOGENESI E COMORBIDITA' LA DEFINIZIONE ED L'EVOLUZIONE STORICA DEL MUTISMO SELETTIVO

“Il Mutismo Selettivo (MS) è un disturbo psicopatologico caratterizzato da un persistente impedimento nel parlare (più di un mese, escludendo il primo mese di scuola) che il bambino manifesta in situazioni sociali specifiche e più precisamente in ambienti extra-familiari o poco consueti, dimostrando adeguate abilità in contesti familiari. In tale ambito la selettiva scelta degli interlocutori costituisce il fondamento di un'importante interferenza sul livello, grado e intensità di adattamento alle richieste socio-ambientali.”¹

Il primo psicologo a proporre una descrizione clinica fu Adolf Kussmaul il quale, nel 1877, dopo aver analizzato tre soggetti, diagnosticò loro l'afasia volontaria.

È nel 1934 che il termine “afasia volontaria” viene modificato in “*mutismo elettivo*” da Moritz Tramer dove l'aggettivo elettivo stava ad indicare la scelta del bambino di non parlare ovvero un “persistente rifiuto di parlare”.²

La psichiatra Varda Hasselman nel 1983 sottolineò il fatto che il paziente, solo in determinate situazioni, non riusciva ad esprimersi. Dunque Hasselman apportò una modifica alla terminologia: da “*mutismo elettivo*” a “*mutismo selettivo*”.

Nel 1994 il mutismo selettivo è stato inserito nel DSM4 e classificato come “altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza”. Nel 2013 la collocazione del mutismo selettivo cambia e viene inserito tra i “disturbi d'ansia” nel DSM 5 esplicitando il fatto che tale disturbo riguarda sia l'età infantile sia l'età adulta.

1 American Psychiatric Association (APA): un'associazione che rappresenta gli psicologi statunitensi

2 Definizione presente nell' ICD 10 e nel DSM 3. L' ICD 10 (International Classification of Diseases) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) mentre il DSM 3 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) è il Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali. Presenta degli aggiornamenti denominati DSM 4 e DSM 5.

Nel DSM5 (2013) vengono elencati alcuni criteri diagnostici quali:

- L'incapacità costante di parlare in situazioni specifiche nonostante il bambino sappia parlare in altre situazioni;
- La condizione influenza i risultati scolastici e comunicazione sociale;
- La condizione perdura per almeno un mese fatta eccezione per il primo mese di scuola;
- L'incapacità di parlare non dipende dal fatto di non sentirsi a proprio agio con il modo di parlare richiesto;
- La condizione non è spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta durante lo sviluppo di disturbi dello spettro d'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

GLI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E L'ETA' DI ESORDIO DEL MUTISMO SELETTIVO

Il mutismo selettivo viene considerato un disturbo raro, circa 3-8 persone su 10000 nella popolazione generale (Viana, Beidel e Rabian,2009). In particolar modo, questo disturbo è presente nella popolazione femminile di circa il doppio rispetto a quella maschile. Il mutismo selettivo fa la sua comparsa precocemente, tra i 2 e i 6 anni, spesso in corrispondenza dell'inizio della scuola materna. Tuttavia il disturbo viene diagnosticato solo dopo l'inserimento nella scuola elementare in quanto prima viene associato ad un'eccessiva timidezza. Più la diagnosi del disturbo è tardiva, più diventano cronici i sintomi i quali, nel corso dello sviluppo, possono amplificarsi influenzando le abilità sociali, relazionali del bambino e la sua autonomia.

L'EZIOPATOGENESI

Essendo un disturbo raro e tutt'ora poco conosciuto, l'eziologia³ del mutismo selettivo risulta poco chiara. Tale disturbo presenta un quadro diagnostico eterogeneo che comprende diversi fattori quali:

- familiarità e fattori genetici;
- fattori temperamentali;
- fattori ambientali.

LA FAMILIARITA' E I FATTORI GENETICI

La presenza di comportamenti socialmente ridotti quali ansia sociale e disturbo evitante di personalità nelle famiglie di bambini con mutismo selettivo possono essere ritenute una possibile componente fattoriale genetica di base.

Studi effettuati sulle madri di bambini con mutismo selettivo hanno riscontrato la presenza di sintomi legati alla depressione, ai disturbi nevrotici e ai disturbi della personalità mentre è emersa, da studi effettuati sui padri, la presenza di disturbi legati all'alcolismo, alla depressione, ai disturbi di personalità, alla timidezza e alla irritabilità. (Remschmidt, 2001).

Altra possibile componente fattoriale riguarda le famiglie conflittuali e rapporti iperprotettivi verso i bambini. Le esperienze traumatiche vissute del bambino durante i litigi dei genitori possono rientrare nelle cause del disturbo del mutismo selettivo. D'altro canto sono state poco riscontrate le situazioni di abuso e/o abbandono e/o maltrattamento da parte di uno dei genitori come cause del disturbo.

Anche la migrazione del nucleo familiare può favorire l'insorgere del mutismo selettivo. I bambini, accolti nel paese straniero, sentono parlare in casa la lingua madre ma, una volta entrati in contatto con l'esterno, la lingua è diversa dunque non riescono a padroneggiarla. I bambini creano, così facendo, una barriera tra le due realtà, quella familiare e quella sociale. Questa è da ritenersi, dunque, una causa involontaria del

³ L'eziologia è la scienza che studia e ricerca le cause dei fenomeni

mutismo selettivo.

I FATTORI TEMPERAMENTALI

I fattori temperamentali comprendono due condizioni comportamentali che possono presentarsi in un bambino con mutismo selettivo.

L'inibizione comportamentale è la tendenza abituale a mostrare paura o forme di evitamento di fronte a persone, situazioni. I bambini con mutismo selettivo tendono a rifugiarsi in quelle che sono le sue figure di riferimento in modo da sentirsi al sicuro nel miglior modo possibile. Tendono, così, ad evitare tutto ciò che per loro risulta essere un generatore del proprio malessere e della propria ansia.

Altro probabile fattore scatenante del mutismo selettivo è *l'oppositività* la quale comprende atteggiamenti polemico, disobbedienza alle regole ed irritabilità. Di fatto, come vedremo più avanti il DOP, disturbo oppositivo provocatorio, viene inserito come possibili comorbidità presenti in un bambino con mutismo selettivo.

I FATTORI AMBIENTALI

Un fattore di rischio ambientale è caratterizzato dal contesto scolastico. La prestazione scolastica, valutata mediante compiti verbali, va ad accentuare l'emarginazione dei bambini con mutismo selettivo ai quali vengono assegnati programmi scolastici personalizzati a causa della difficoltà di linguaggio.

Anche il confronto con la dimensione sociale, più precisamente con il gruppo dei pari comporta che i bambini con mutismo selettivo vengano giudicati, da persone esterne, come bambini poco partecipi alle attività di gruppo e durante le pause scolastiche. Tali giudizi, però, vengono dati sulla base di una mancata conoscenza di tale disturbo. Questo fa sì che il bambino con Mutismo Selettivo possa iniziare a radicare sempre di più la sua sintomatologia.

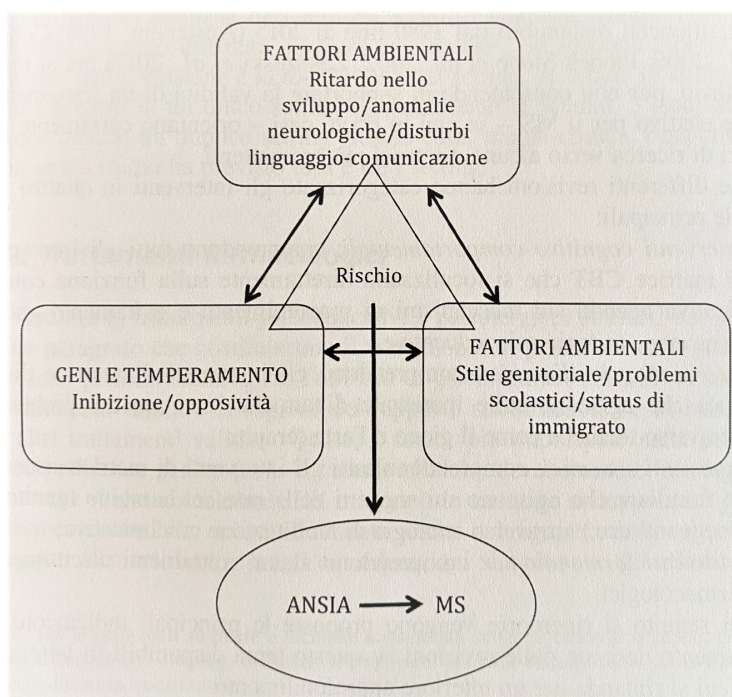
La dimensione linguistica contribuisce all'insorgere del mutismo selettivo, in particolar modo ci si riferisce alle famiglie di persone immigrate le quali alimentano

involontariamente tale condizione parlando, dentro le mura di casa, la lingua madre senza favorire lo sviluppo della lingua del paese ospitante.

Il non sentirsi capace di esporsi nella lingua del paese ospitante, fa sì che il bambino con mutismo selettivo amplifichi la scarsa considerazione di se stesso.

Lo stile genitoriale rappresenta un fattore di rischio ambientale specialmente se esso risulta essere iperprotettivo-controllante nei confronti del bambino. Il bambino che presenta genitori iperprotettivi risulta essere un bambino non libero di sperimentare, un bambino con la costante paura di sbagliare e di sentirsi inadeguato al contesto in cui si trova. Tuttavia non risulta ancora chiaro se questo stile genitoriale eccessivamente controllante sia antecedente o conseguente all'insorgere del mutismo selettivo. Quello che è chiaro è che questo rappresenta un circolo vizioso: più il genitore è protettivo, più il bambino dimostra difficoltà e più il bambino dimostra difficoltà, più il genitore è protettivo.

Fig.1 Modello psicopatologico dello sviluppo sull'eziologia del MS (tratto da Murriss, Ollendick, 2015)



Come è possibile osservare dal modello sopra riportato i fattori genetici, temperamentali, fattori ambientali, neurosviluppo ed evitamento influenzano l'insorgere del mutismo selettivo. Da tener presente che la maggior parte dei fattori riportati sono gli stessi implicati nei disturbi d'ansia. È per questo motivo che è stata appurata la scelta di collocare, all'interno del DSM-5, il mutismo selettivo fra i disturbi d'ansia.

LE COMORBIDITA'

Il termine "comorbidità" in medicina viene utilizzato per indicare la coesistenza di diverse patologie all'interno dello stesso individuo.

Sulle comorbilità col mutismo selettivo, gli studi di Dilimberto e Kearney (2016) hanno evidenziato alcune percentuali a riguardo:

- disturbo d'ansia sociale 82,5%;
- fobia specifica 19,3%;
- ansia da separazione 15,8%;
- ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) 15,8%;
- ansia generalizzata 7,0%;
- disturbi dell'evacuazione 5,3%;
- disturbo oppositivo/ provocatorio 3,5%.

Tale elenco non è esaustivo in quanto vi sono altri disturbi che incorrono per i quali, però, non vi sono ricerche documentate che forniscono una precisa percentuale. Dalle segnalazioni di genitori, insegnanti e professionisti avute tramite i canali di AIMuSe⁴ si riscontra anche il DOC (disturbo ossessivo-compulsivo).

4 AIMuSe : Associazione Italiana Mutismo Selettivo, nata a Torino nel 2009 come organizzazione di volontariato per iniziativa di un gruppo di genitori di bambini con MS. Tale associazione ha l'obiettivo di diffondere la conoscenza del disturbo e fornire un aiuto alle famiglie che vivono questo disagio.

IL DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

Il disturbo d'ansia sociale è una forma di timidezza determinata dalla paura di sentirsi fuori luogo, dalla paura di fare brutta figura e sentirsi inadeguati al contesto specialmente con persone estranee. Compare precocemente attorno agli 11-25 anni colpendo maggiormente il sesso femminile.

La paura di essere giudicati e rifiutati porta le persone che soffrono di disturbo d'ansia sociale ad evitare i rapporti sociali e specialmente le situazioni in cui è necessario l'interloquio.

In tali situazioni la persona avverte dei malesseri fisici come tremore, rossore, palpitazione, "morsa allo stomaco", respiro affannoso, vertigi.

Se tale disturbo non viene curato, esso può provocare ripercussioni alla persona specialmente nel piano coniugale, sociale e scolastico.

È facile vedere la connessione con un bambino con mutismo selettivo in quanto esso, per paura del giudizio altrui tende a chiudersi manifestando i malesseri fisici soprariporati.

LA FOBIA SPECIFICA

La fobia specifica è la paura o ansia verso un oggetto o una situazione specifica. La situazione o l'oggetto fobici vengono attivamente evitati oppure affrontati con paura.

Si tratta di una paura spropositata rispetto al pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione ed è una condizione persistente durando per 6 mesi o più. Le donne sono più colpite rispetto agli uomini con un rapporto pari a 2:1. L'età media di insorgenza è tra i 7 e gli 11 anni. I bambini con mutismo selettivo, prima di affrontare una qualunque situazione e/o oggetto di paura, si rivolgono alle proprie figure di riferimento in modo da poter trovare una strategia per far fronte a questa loro fobia.

L'ANSIA DA SEPARAZIONE

L'ansia da separazione è la paura eccessiva di separarsi da coloro a cui l'individuo è attaccato. Essa è caratterizzata da:

- eccessivo disagio quando si sperimenta la separazione da casa (allontanarsi da casa per il soggiorno al campo scout);
- eccessiva preoccupazione di perdere le persone di riferimento;
- eccessiva preoccupazione che un evento imprevisto comporti la separazione dalle figure di attaccamento;
- rifiuto di andare a scuola, al lavoro o altrove;
- persistente paura di stare da soli;
- persistente riluttanza di dormire fuori casa;
- ripetute lamentele di sintomi fisici (mal di testa, mal di pancia...) quando si prevede la separazione dalle figure di riferimento. L'ansia da separazione è un disturbo persistente, nei bambini dura almeno 4 settimane mentre negli adulti poco più di 6 mesi.

L'ADHD (DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/ IPERATTIVITA')

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è caratterizzato da una scarsa e breve attenzione accompagnata da vivacità ed impulsività a volte eccessive e dall'incapacità di portare a termine un compito.

È un disturbo cerebrale presente dalla nascita e che si sviluppa con la crescita generalmente attorno ai 4 anni.

È un disturbo che fa parte delle neurodivergenze e che quindi può incorrere in un bambino con mutismo selettivo.

L'ANSIA GENERALIZZATA

Si tratta di una preoccupazione persistente (almeno 6 mesi) relativa alla quantità di eventi o attività presenti che comportano un difficile controllo di tale preoccupazione.

L'ansia e la preoccupazione sono associate ai seguenti sintomi:

- irrequietezza;
- facile affaticamento;
- difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
- irritabilità;
- tensione muscolare;
- alterazioni del sonno.

Proprio per la difficoltà nel controllo di alcune situazioni, la persona tende ad preferire la solitudine al posto della compagnia. La solitudine, rappresenta per loro, la tranquillità e la sicurezza che nulla può creargli malessere.

I DISTURBI DELL'EVACUAZIONE

I disturbi dell'evacuazione riguardano l'enuresi⁵ e l'encopresi⁶. L'età cronologica per tali disturbi si aggira attorno ai 4-5 anni. La durata di tali disturbi persiste per almeno 3 mesi con cadenza settimanale. La comorbidità riscontrata nei bambini con mutismo selettivo si riferisce al fatto che essi, nei momenti di forte stress emotivo, abbiano cercato di rilassarsi con l' evacuazione ignari del fatto che in tal modo avrebbero potuto cronicizzare la propria sintomatologia.

5 Enuresi: ripetuta emissione di urine nel letto o nei vestiti, sia involontaria sia intenzionale.

6 Encopresi: ripetuta emissione di feci in luoghi non appropriati, sia involontaria sia intenzionale.

IL DISTURBO OPPOSITIVO/ PROVOCATORIO (DOP)

Il DOP è una condizione persistente di rabbia di irritabilità e comportamento di sfida. La diagnosi viene posta quando il bambino presenta queste caratteristiche per almeno 6 mesi. Tale disturbo emerge precocemente, all'incirca intorno ai 6 anni ma, molto spesso, i bambini ricevono la diagnosi effettiva in età preadolescenziale. Essendo il mutismo selettivo tuttora un disturbo piuttosto raro, non è possibile affermare con certezza la costante comorbidità con il DOP.

IL DOC (DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO)

Il disturbo ossessivo-compulsivo è un disturbo caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni.

Le ossessioni sono definite da :

- pensieri e immagini che vengono vissuti come intrusivi ed indesiderati causando ansia e disagio;
- il soggetto tenta di ignorare o sopprimere tali pensieri neutralizzandolo con altri pensieri o azioni.

Le compulsioni sono definite da:

- comportamenti ripetitivi che il soggetto mette in atto come risposta ad un'ossessione;
- tali comportamenti sono attuati per prevenire o ridurre l'ansia o il disagio.

Ossessioni e compulsioni sono componenti piuttosto caratterizzanti nei bambini con mutismo selettivo. Molto spesso, a causa della poca conoscenza di tale disturbo, vengono associati ad una serie di comportamenti ripetitivi, detti *stimming*, tipici di persone affette da spettro d'autismo.

Per tale ragione, per capire la natura di tali atteggiamenti nel bambino con mutismo selettivo, vengono svolti test specifici per diagnosticare la forma d'autismo.

CAPITOLO 2

IL TRATTAMENTO PER LA CURA DEL MUTISMO SELETTIVO: IL MODELLO MULTISITUAZIONALE MST E L'INTERVENTO NEI DIVERSI CONTESTI IL MODELLO MULTISITUAZIONALE MST

Attraverso la lettura e codifica delle interviste ai giovani con mutismo selettivo, il trattamento multisituazionale (modello MST) ha lo scopo di far sperimentare loro nuove esperienze in modo da incentivarli ad attivare cambiamenti di senso. Si tratta di processi autoriflessivi volti alla costruzione di nuovi significati ed il loro consolidamento. Il modello MST comprende due dimensioni:

- dimensione intersoggettiva;
- dimensione esperenziale.

Tali dimensioni sono da ritenersi come principi orientativi che, a seconda della situazione in esame, acquisiscono una propria specificità. Non sono dunque da considerarsi come manuali per la terapia.

DIMENSIONE INTERSOGETTIVA

La dimensione intersoggettiva contestualizza le interazioni che si sviluppano nella relazione di cura (nel contesto terapeutico, a scuola e in famiglia). Al suo interno troviamo quattro categorie che vanno a studiare approfonditamente le dinamiche interattive. Tali categorie sono: *la sintonizzazione, la cooperazione, l'espressività e l'esplorazione.*

LA SINTONIZZAZIONE

La sintonizzazione rappresenta il momento in cui l'adulto si sintonizza con lo stato emotivo del giovane con mutismo selettivo il quale si è creato un repertorio di abitudini funzionali alle situazioni che gli procurano ansia. Compito del terapeuta è di tener conto del valore “autoprotettivo” che il giovane ha attribuito alle proprie azioni e di rispettare i tempi dello stesso al fine di poter iniziare ad instaurare un rapporto comunicativo e di conseguenza di fiducia.

“ Ha funzionato dare al bambino il tempo di cui aveva bisogno, senza giudicarlo o assillarlo come sperimentava nel contesto familiare. Non mi sono irrigidito nei compiti assegnati e ho saputo aspettare, ricalcando ogni cosa buona fatta anche se il compito era stato svolto solo in parte. Ha parlato spontaneamente nel corso di una seduta, mentre giocavamo. Credo sia stato importante il fatto di sentirsi rilassato in un ambiente familiare che dava il significato e senso a ciò che esprimeva senza ansia o valutazioni”.⁷

Far sentire il bambino con mutismo selettivo a proprio agio nel contesto d'azione può aiutarlo ad incrementare la fiducia in se stesso. Ciò farà sì che il bambino, sapendo di trovarsi di fronte ad una persona che sa aspettare e rispettare i suoi tempi, manifesti la sicurezza di portare a termine il compito richiesto o, per lo meno, iniziare nello svolgimento del tale.

La corretta percezione del funzionamento emotivo del bambino e la condivisione di atti sensati è quello che viene definito il sapersi sintonizzare all'interno del campo d'azione. La sintonizzazione costituisce l'opportunità per il giovane di accrescere la fiducia del sé. Una volta instaurata questa dinamica, si può pensare di aumentare la complessità del gradiente della sintonizzazione in base al grado di accessibilità del giovane e alle caratteristiche della relazione instaurata.

L'aspetto fondamentale di questa categoria è che il terapeuta, qualsiasi sia la situazione

⁷ Rezzonico, Iacchia, Monticelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.81.

che gli si presenti, si metta all'altezza del giovane (come ad esempio abbassarsi per giocare sul pavimento con il bambino).

LA COOPERAZIONE

La cooperazione rappresenta quel momento in cui il giovane e l'adulto (terapeuta, genitore, figura educativa...) capiscono di essere una squadra affinché il giovane possa incrementare le proprie capacità espressive e sperimentare nuove relazioni. L'assetto cooperativo della terapia permette di dedicare tempo alla riflessione sul sé in relazione agli altri. Affinché si sviluppi questa alleanza cooperativa, il terapeuta si pone come tramite relazionale cercando di collocarsi come connettore delle situazioni di vita.

*“L'idea è di coinvolgere tutte le situazioni in cui il bambino vive, quindi partendo dal nucleo familiare e poi immediatamente la scuola che mette in crisi il bambino e i genitori. Come terapeuta cerco di aiutare gli altri adulti a capire il bambino, facendo sentire agli insegnanti e ai genitori quello che prova: spiego come il bambino mutoselettivo sperimenta quella situazione, ad esempio la scuola, come se ci fosse un disastro imminente, non sa cosa potrà succedere, ma sa che gli succederà qualcosa di brutto, di pauroso, che potrebbe anche farlo morire. [...]. L'insegnante e i genitori hanno bisogno di sentirsi coinvolti, come alleato, con l'obiettivo comune non tanto di far parlare il bambino, ma di farlo stare bene nelle situazioni temute, trovando altre soluzioni di comunicazione e lasciando libero sfogo alla creatività.”*⁸

In questa fase si cerca di spiegare il motivo per cui si sia verificato il sintomo ed il terapeuta cerca di immedesimarsi per riuscire a dare una lettura del mutismo selettivo non come deficit o disfunzione bensì come discrepanza tra le sfide relazionali in cui è coinvolto il giovane con mutismo selettivo. La cooperazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e terapeuta è fondamentale nel trattamento del mutismo selettivo. Di fatto essi devono viaggiare sulla stessa lunghezza d'onda ed essere costantemente

⁸ Rezzonico, Iacchia, Monticelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.87-88.

informati dei rispettivi progressi avuti assieme al bambino in modo tale da evitare ogni forma di discordanza. Questo conferirà al bambino maggior sicurezza e padronanza delle proprie azioni.

L'ESPLORAZIONE

Questa fase costituisce l'allargamento delle prospettive personali e il tentativo di far sperimentare al giovane nuove esperienze. Durante la terapia si tratta di conoscere, validare e aumentare le modalità attraverso le quali il giovane soddisfa il suo coraggio ad esplorare. L'esplorazione è la fase in cui si cerca di desensibilizzare lo stimolo fobico avvicinandosi ad esso e cercando strategie per affrontare le varie situazioni. Ma, affinché possa esserci desensibilizzazione, è necessario ricerca un'esperienza condivisibile che sia allo stesso tempo temuta. L'obiettivo non è quello di apportare un cambiamento (per esempio parlare in pubblico) ma cambiare la qualità percepita del cambiamento che da difensiva o ansiosa potrebbe diventare esplorativa e indurre curiosità. Il terapeuta, utilizzando la tecnica *modeling*⁹ si propone come modello di esplorazione mantenendo il proprio equilibrio personale. Un'ulteriore tecnica usata dal terapeuta è il *role-playing* nel quale il giovane diventa attore interpretando ruoli diversi nelle situazioni simulate. Questa tecnica colloca la desensibilizzazione come un gioco simulato manipolato strategicamente dal terapeuta. L'utilizzo del *role-playing*, oltre ad essere d'aiuto per il bambino con mutismo selettivo, è una chiave di lettura per il terapeuta. Quest'ultimo, difatti, sarà in grado di rielaborare la percezione che il bambino si è fatto della realtà e saprà, dunque, trovare il modo migliore per aiutare il bambino.

L'ESPRESSIVITA'

In questa fase si cerca di portare il giovane ad incrementare le sue possibilità comunicative non necessariamente verbali, in modo che si possa creare un'alleanza e

⁹ Tecnica di apprendimento per osservazione di un soggetto che funge da modello (Bandura, 1969).

cooperazione con l'adulto dove la parola con rappresenti l'obiettivo primario. Il giovane, inizialmente, può sentirsi limitato nell'esprimersi rischiando di rendere difficile la comprensione da parte dell'adulto. E' importante che il terapeuta conceda i tempi di espressione al bambino in modo da rafforzare l'alleanza educativa che si è creata.

L'interesse dimostrato nel terapeuta fa nascere nel giovane la possibilità di “trasformare l'ordinario nel notevole” sfidando l'atteggiamento di sfiducia ed il senso di imm modificabilità. Molte volte il terapeuta attua tecniche di arteterapia e musicoterapia per facilitare l'espressione del sé favorendo, involontariamente l'utilizzo della parola.

LA DIMENSIONE ESPERIENZIALE

La dimensione esperienziale affronta tre forme di esperienza che il giovane e i suoi familiari possono vivere nei diversi contesti. Tali forme sono: *esperienza perturbativa, esperienza di gioco, esperienza di capacità e sblocco emozionale.*

L'ESPERIENZA PERTURBATIVA

Questa fase riguarda la possibilità di conciliare la novità ed il cambiamento con il senso di coerenza e continuità. L'imprevisto viene visto come esperienza della novità ma anche come condizione di non prevedibilità. Ciò comporta il non ritenersi più le stesse persone che affrontano le stessa situazioni utilizzando la stessa emotività.

Il compito del terapeuta è quello che proporre uno scambio di letture differenti comprensibili al giovane, cioè letture che siano appartenenti all'insieme di significati del giovane della famiglia. Solo in questo modo, questa diversificazione può essere percepita dal giovane come occasione di conoscenza ed esplorazione. La perturbazione avviene nelle fasi preliminari al cambiamento precedendo l'autoriflessione.

“L'aspetto che sprona il terapeuta è il trovare man mano nuovi canali per comunicare col bambino, ingegnandosi ed usando la creatività. Quando in studio la relazione è consolidata e il bambino ha iniziato a comunicare, inizio a mettere una condizione

nuova. Quindi se per tanto tempo abbiamo giocato con i pupazzi che, per esempio, diventano i compagni di scuola, allora faccio qualcosa di completamente nuovo. Il bambino magari si aspetta un po' il pupazzo e a quel punto lo invoglio a prepararmi la pappa, piuttosto che fare un disegno, come attività nuove. Il bambino mi dice "giochiamo a scuola con i pupazzi?" volutamente dico "sì, ma dopo, prima facciamo questo". Divengo una sorta di perturbatore, strategicamente orientato, per far sperimentare al bambino in un ambiente ormai familiare alcune novità. [...]"¹⁰.

Di fondamentale importanza è, per soggetti con mutismo selettivo, introdurre la novità partendo dalle condizioni di familiarità e abitudinarietà perché suscita in loro la curiosità e, considerando il fatto che i bambini abbiano iniziato a sentirsi a proprio agio con il terapeuta, essi saranno attratti da quello che rappresenta la novità, ovvero la perturbazione strategicamente orientata.

L'ESPERIENZA DI GIOCO

In questa fase è possibile vivere le dinamiche di sintonizzazione, cooperazione, esplorazione ed espressività. Il gioco viene considerato come una palestra motivazionale senza pericoli. L'aspetto ludico permette di mettere in azione comportamenti in un contesto dove la realtà ed il giudizio della prestazione sono caratterizzati dalla serenità consentendo la libera esplorazione ed espressione del sé.

Per soggetti con mutismo selettivo, il gioco viene inteso non solo come un distogliere l'attenzione dai timori, bensì come un'esperienza capace di aprire mondi diversi. Nella simulazione, la tensione che si crea tra il personaggio che si deve interpretare ed il senso di identità personale genera la possibilità di esplorare e personalizzare. Ed è per questo che la dimensione metacognitiva ha un ruolo fondamentale perché il gioco è capace di liberare l'attenzione ampliando gli spazi di consapevolezza e di decentramento.

L'uso di suoni, immagini, gesti, parole scritte e/o orali aiutano il giovane ad esprimersi e, su orientamento del terapeuta, a creare dei dialoghi.

¹⁰ Rezzonico, Iacchia, Monticelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.100.

ESPERIENZA DI CAPACITA' E SBLOCCO EMOZIONALE

In questa fase il giovane acquisisce la consapevolezza delle proprie capacità e strategie di sé. Questo fa sì che il giovane possa sentirsi in grado e che possa sbloccarsi come persona. L'esperienza di capacità costituisce l'acquisizione di consapevolezza dei propri vissuti emotivi e la capacità di entrare in relazione con gli altri attraverso un'espressione del sé. In questa fase il giovane aumenta anche il valore che dà a se stesso, inizia ad accrescere la sua autostima. L'esperienza di sblocco accade in modo imprevedibile quando:

- si è raggiunta un'alleanza solida con il giovane che si riconosce nel disagio;
- il giovane monitora ed analizza la propria esperienza emotiva come forma di conoscenza;
- il giovane inizia a legittimare la possibilità di sbagliare, grazie al modello offertogli dal terapeuta.

Lo sblocco per il mutismo selettivo è sinonimo di liberazione che prelude un cambiamento terapeutico lineare e progressivo. Il compito del terapeuta è non solo quello di orientare il giovane al percorso di cambiamento bensì quello di far diventare il giovane consapevole del processo di cambiamento.

Il processo di cambiamento investe quindi il concetto del sé e degli altri: il giovane passa dal crearsi un mondo pericoloso che subisce e dal quale rifugge al sentirsi parte attiva nella costruzione di questo mondo e al comprendere che può agire su di esso e cambiarlo.

IL CONTESTO TERAPEUTICO

Nel contesto terapeutico si prendono in considerazione tutte le tecniche che derivano dalla dimensione cognitivo-comportamentale e dalla dimensione pedagogica. Inoltre si prendono in considerazione anche tutte le modalità di gioco che favoriscono l'aspetto dialogico. La tecnica principalmente usata è quella costruttivista in quanto si cerca di creare occasioni, esperienze per iniziare a vedere sé stessi, il mondo e sé stessi

all'interno del mondo. Solo attraverso una corretta rappresentazione del soggetto all'interno del mondo si potrà intraprendere un corretto processo di cura dal mutismo selettivo.

È necessario aver presente le finalità della dimensione intersoggettiva del modello MST in quanto esse aiutano la persona e crearsi la fiducia verso il terapeuta ma principalmente verso se stessi. Tali finalità sono:

- *sintonizzazione*: legittimare e condividere le esperienze emotive;
- *cooperazione*: sostenere la motivazione e collaborare per il raggiungimento degli obiettivi preposti;
- *esplorazione*: riscoprire la curiosità per la sperimentazione indebolendo gli evitamenti;
- *espressività*: favorire un'espressiva apertura al mondo.

L'approccio relazionale risulta molto efficace per il trattamento del mutismo selettivo. Tale approccio, infatti, si basa su fattori quali l'empatia, la buona considerazione dell'altro, la condivisione dell'obiettivo e la collaborazione e l'alleanza terapeutica. Metaforicamente parlando il terapeuta e il giovane con il mutismo selettivo sono due alchimisti che si incontrano in un laboratorio segreto al fine di creare una miscela di ingredienti per creare una pozione magica. Il terapeuta inserisce in questa miscela:

- la consapevolezza del Sé nel momento presente;
- la capacità di osservare il non verbale in modo empatico;
- la flessibilità nell'interagire in modo intuitivo nel rispetto dei tempi e delle modalità degli altri;
- la capacità di lasciarsi trasportare dalla propria fantasia e la creatività in un dialogo immaginario;
- l'attitudine a fare epochè;
- la capacità di trasmettere leggerezza e libertà.

Tutti questi ingredienti sono essenziali nell'interazione con il giovane con mutismo selettivo. Essi vanno ad aiutare il ragazzo alla fuoriuscita del proprio problema emotivo.

I CENNI STORICI ED APPROCCI TEORICO-TERAPEUTICO DELL'ARTETERAPIA

L'arteterapia nasce attorno al XX secolo nell'ambito psicoanalitico. Sigmund Freud concepiva l'arte come una forma di sublimazione degli istinti, come espressione dell'inconscio. La psicoanalista freudiana Margaret Naumburg considerava l'arte come uno strumento di accesso all'inconscio, non come una terapia in se stessa. Edith Kramer considerata la cofondatrice dell'arteterapia, considerava il processo creativo come un vero e proprio strumento terapeutico che coinvolge la persona a livello sensoriale, motorio, attuando la libertà di espressione e facilitando la risoluzione dei conflitti interni. Dunque l'arteterapia è stata concepita come una forma di sostegno nelle *cure psichiatriche* ed utilizzata con soggetti affetti da psicosi, autismo o con difficoltà di espressione. Il valore dato all'arte comporta una suddivisione in due approcci:

- *psicoterapia attraverso l'arte*: l'arte è dotata di un valore simbolico tradotto ed interpretato nella psicoterapia;
- *arte come terapia*: la creazione artistica in sé è dotata di un potere curativo.

Nei soggetti con mutismo selettivo si utilizza la seconda metodologia di intervento. Un'ulteriore distinzione può essere data sulla base della metodologia d' intervento impiegata. Si può parlare, infatti, di:

- *approcci direttivi* nei quali vengono proposti temi, materiali o specifiche tecniche qualora l'espressione creativa sia indirizzata da regole e scelte operate dal terapeuta. Si tratta dunque di interventi strutturati da parte del terapeuta;
- *approcci non direttivi* i quali non prevedono alcun intervento da parte del terapeuta e lasciano totale libertà alla persona coinvolta.

Nel nostro caso vengono utilizzati entrambi gli approcci a seconda del tipo di lavoro che si intende eseguire. L'assunto teorico di base dell'approccio fa in modo che l'espressione intersoggettiva della creatività crei arte all'interno della relazione di fiducia, favorisca l'espressione del sé e l'ampliamento delle modalità comunicative. Un esempio pratico di come l'arteterapia possa aiutare le persone con mutismo selettivo è il Laboratorio Co-CreArte Terapeutica .

IL LABORATORIO CO-CREARTE TERAPEUTICA

Il laboratorio Co-creArte Terapeutica si articola in due modalità: individuale e di gruppo. Inizialmente si utilizza la modalità individuale a cadenza settimanale (un incontro a settimana dalla durata di 1-2 ore) per poi passare alla modalità di gruppo settimanale fino ad arrivare ad un incontro ogni due settimane e successivamente un incontro una volta al mese.

Il setting individuale consente al giovane di crearsi una “bolla magica e protetta” nella quale il bambino può esplorare, creare sperimentare il clima di fiducia con l'arteterapeuta.

Il setting di gruppo, invece, favorisce la socializzazione, la condivisione, il confronto e l'esposizione al giudizio. Affinché possano riscontrarsi risultati efficaci, è di fondamentale importanza la continua presenza alle sedute di arteterapia.

Lo spazio adibito a tale laboratorio deve favorire la libera espressione del bambino con mutismo selettivo: è importante che le pareti ed i pavimenti siano protetti da teli cerati liberamente pitturabili. Il bambino deve sentirsi libero di entrare ed uscire dallo spazio a lui dedicato. Chi conduce tale laboratorio deve tener presente l'utilizzo sia dell'approccio direttivo sia dell'approccio non direttivo e deve possedere una competenza circa l'utilizzo del materiale e strumenti a disposizione. Nel laboratorio Co-creArte Terapeutica si promuove gradualmente l'autoefficacia beneficiando consentendo al giovane con mutismo selettivo di beneficiarne in termini di autostima e sicurezza personale. L'arteterapeuta deve saper fare epoché ovvero deve essere in grado di sospendere il proprio giudizio e stimolare la creazione di un clima favorevole allo sviluppo emotivo del giovane con mutismo selettivo.

Nel laboratorio Co-creArte Terapeutica lo psicoterapeuta e l'arteterapeuta collaborano insieme nella conduzione degli incontri. Ciò fa sì che il giovane possa avere la possibilità di confrontarsi con due figure professionali differenti le quali possono osservare differenti aspetti dello stesso fenomeno.

Le linee guida del lavoro svolto nel laboratorio Co-creArte Terapeutica sono:

- **SENTIRE:** focus sulle emozioni e non sui contenuti delle esperienze. È

consigliato iniziare e concludere ogni incontro con un momento di raccoglimento ad occhi chiusi nel quale si porta la consapevolezza del “qui ed ora”;

- **AGIRE:** concretizzare l'immaginario. Significa scegliere di partecipare al laboratorio, prendendo l'iniziativa di eseguire un'azione. Agire non è solo reagire, urlare, ribellarsi ma è anche prendersi per mano, osservarsi, giocare, dipingere le sensazioni;
- **APRIRE:** accogliere senza giudicare o etichettare. Accogliere ciò che succede con curiosità senza dar per scontato quello che accade;
- **ESSERCI:** non sostituirsi, ascoltare senza dover per forza trovare una risposta nell'immediato.

LE ATTIVITA' ESPRESSIVE DEL LABORATORIO

L'ATTIVITA' ROMPIGHIACCIO

Questo tipo di attività serve per facilitare l'interazione e vengono utilizzate nelle prime sedute per alleggerire l'atmosfera. Si tratta di attività poco strutturate che introducono nella dimensione di gioco che coinvolge il corpo ed il movimento.

Esempio: BI-SEGNO LIBERO

“Si propone al gruppo dei giovani di disegnare, ognuno per proprio conto, su una parte di foglio bianco (ripiegato in quattro, in senso verticale) con l'indicazione di scambiarsi il foglio fra loro: per accorciare progressivamente i tempi e rendere l'interazione sempre più rapida si consiglia di utilizzare alcune clessidre.”¹¹

¹¹ G. Rezzonico, E. Iacchia, M. Montinelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.134

LE ATTIVITA' ESPLORATIVE

Questo genere di attività facilita la sperimentazione della sensorialità, prendendo confidenza, in modo libero, delle tecniche e dei materiali.

Esempio: SENSOGRAFIE FOTOMAGICHE

*“La richiesta in questo caso è quella di rappresentare attraverso le fotografie e le varie tecniche utilizzabili- dal semplice fotocollage alla post-produzione digitale- ciò che si è provato a livello sensoriale o emozionale”.*¹²

LE ATTIVITA' AUTO-OSSERVATIVE ED AUTO-RAPPRESENTATIVE

Queste attività vengono proposte successivamente alle prime o in parallelo in quanto coinvolgono entrambi i soggetti della relazione (minore con mutismo selettivo e arteterapeuta) in un viaggio alla scoperta di se stessi promuovendo la consapevolezza di sé e la capacità di autoaffermazione.

Esempio : PAESAGGI INTERNI ED ESTERNI

*“Si propone di rappresentare se stessi mediante la metafora del paesaggio. La proposta della differenziazione tra il paesaggio interno e esterno è pensata per portare consapevolezza su ciò che il minore prova e ciò che mostra di provare, su ciò che sente e prova e ciò che esprime o non esprime, sull'immagine che ha di se stesso e quella che gli altri crede abbiano di lui. L'idea è anche quella di stimolare la simbolizzazione iconica delle emozioni. Per esempio: il senso di solitudine è una landa desolata ricoperta di neve, la confusione una foresta di mangrovie in cui si avanza a fatica e ci si perde. La rappresentazione può essere fatta attraverso le tecniche preferite: pittorica, scultorea, musicale, attraverso una danza o mediante la scelta di immagini.”*¹³

12 G. Rezzonico, E. Iacchia, M. Montinelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.136.

13 G. Rezzonico, E. Iacchia, M. Montinelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.137.

LE ATTIVITA' DICHIARATIVE

Sono attività che richiedono uno sforzo creativo e prevedono l'utilizzo di più registri insieme infatti sono attività adatte a bambini di almeno sei anni coi in quali si è già

instaurato un rapporto di fiducia.

Esempio: PUZZLE FOTOGRAFICO

*“Non è sempre facile lavorare sulle relazioni e sulle emozioni quando elementi contrastanti le rendono faticose o angoscianti, o anche soltanto noiose! Talvolta non si ha ben chiaro quale sia il problema- Luca non sapeva spiegarsi cosa gli impedisse di fidarsi del compagno di banco Mattia, malgrado la sua gentilezza- e si avverte soltanto un gran mal di stomaco prima di andare a scuola, altre volte ci si sente accerchiati sommersi ma non si sa da chi o da che cosa- Linda mimava di soffocare ogni volta che doveva andare a trovare gli zii che venivano in cascina. Utilizzando foto-stimolo scelte appositamente dal terapeuta, ritagli di giornale, foto personali dei giovani o foto scattate insieme durante la terapia si può tentare di integrare questi vissuti e attribuire loro un significato: aspetti inconsapevoli di alcune interazioni, elementi del contesto tangibilmente disturbanti e altri fattori che possono acquisire un valore dichiarativo in quanto resi visibili ed in associazione ad altri. Il puzzle di Luca (12 anni) conteneva degli occhi con un'espressione molto giudicante, il ritaglio di un “sorriso a 32 denti” da spot pubblicitario, degli spettatori sugli spalti e un buco nero: Luca spiegherà che secondo lui Mattia faceva finta di stargli vicino per “farsi bello con gli altri” e che questo lo faceva sentire ancora più solo. Linda ha fotografato la cascina degli zii, ha appiccicato sopra un ritaglio di mare in tempesta, che s'immergeva la casa, ha disegnato di un foglio di carta la barchetta con lei sopra sdraiata (che si era salvata ma “stavo quasi per annegare lì dentro”)”.*¹⁴

¹⁴ G. Rezzonico, E. Iacchia, M. Montinelli, *Mutismo Selettivo*, 2018, p.138-139.

LE TECNICHE PARTICOLARI CON L'USO DI IMMAGINI: FOTO E VIDEO

A seguito della Teoria di Paivio¹⁵ gli scienziati cognitivisti hanno studiato delle immagini arrivando ad alcune acquisizioni:

- le emozioni prediligono il rapporto con le rappresentazioni iconiche piuttosto che con il linguaggio verbale;
- indurre immagini collegate ad emozioni consente di agire sia sull'emozione in sé sia sulla sua rappresentazione cognitiva che da iconica diventerà verbale. Questo perché tali immagini mettono di fronte al bambino con mutismo selettivo il fatto di non essere il solo a vivere tale condizione e quindi fanno in modo che il bambino non si senta fuori luogo;
- l'analisi dell'attività immaginativa è utilizzabile a scopo diagnostico e preventivo.

L'utilizzo delle tecniche espressive non verbali hanno un riscontro benevolo nei confronti del bambino con mutismo selettivo, in quanto:

- il semplice utilizzo delle fotografie si adatta ai bambini che non amano disegnare, costruire oggetti;
- le fotografie hanno il potere di catturare ed esprimere idee e sentimenti in modo visivo-simbolici, cosa che con il linguaggio non è possibile senza aver instaurato una relazione di fiducia consolidata;
- le fotografie danno l'occasione di immortalare ambiti di vita esterna rendendo il bambino consapevole di una diversità di situazioni esistenti;
- le foto che rappresentano le differenti emozioni consentono al minore con mutismo selettivo e al terapeuta di guardare quell'emozione e di dividerla senza il bisogno di proferire parola. L'esecuzione dell'autoritratto consente dunque di acquisire maggior consapevolezza del sé, del fatto che siamo tutti

diversi e che ognuno, a modo proprio, è una persona da rispettare ed elogiare.

15 La teoria del doppio codice di Paivio (1971) postula l'esistenza di due differenti sistemi coinvolti nel processo immaginativo: quello delle rappresentazioni proposizionali e quello delle rappresentazioni iconiche. Tali sistemi, seppur abbiano proprietà e caratteristiche proprie, sono in connessione tra loro.

IL CONTRIBUTO TERAPEUTICO DELLA CREATIVITA'

La creatività è presente in tutti gli individui ma il suo sviluppo ha bisogno di essere supportato e potenziato nel contesto sociale. Il senso di auto-efficacia aiuta il bambino con mutismo selettivo a sperimentare il proprio potenziale creativo: se essi sono liberi di esprimersi allora iniziano a cantare, ballare, dipingere, creare. Il contesto sociale può proporre al giovane condizioni più o meno favorevoli allo sviluppo della creatività.

A tal proposito Teresa Amabile nel 1996 ha individuato dei fattori che promuovono la creatività nel giovane e al tempo stesso dei fattori che inibiscono tale creatività.

I fattori che promuovono la creatività individuati sono:

- *la libera ripetizione*: ripetere in modi diversi un'azione fa sì che il giovane riesca a renderla propria e ad apprezzarla maggiormente;
- *gli incoraggiamenti pertinenti*: se si trasmette al giovane con mutismo selettivo la sensazione di essere apprezzato e rispettato, esso svilupperà maggior consapevolezza del sé incrementando la propria autostima, tuttavia questo non significa lodare ogni sua azione bensì ciò che risulti essere pertinente al contesto;
- *il fare per piacere di fare*: l'esigenza di eseguire un'azione autodeterminata rappresenta un risultato dal punto di vista terapeutico. Essa infatti si autorealizza spontaneamente se i fattori sociali e istituzionali ne favoriscono l'esecuzione;
- *un ambiente fisico stimolante*: il materiale creativo rappresenta una grande risorsa per la libera espressione del bambino con mutismo selettivo. Maria Montessori affermava che “*chi si proponga di aiutare lo sviluppo psichico umano deve partire dal fatto che la mente assorbente del bambino si orienta sull'ambiente e (...) l'adulto deve prendere speciali precauzioni affinché l'ambiente offra interesse ed attrattive. La mente del bambino deve nutrirsi di ciò che lo circonda per la sua propria costruzione*”. L'adulto dunque deve fornire al giovane tutti gli strumenti per imparare a far da solo;
- *un'atmosfera familiare di libertà*: il clima positivo mette in evidenza l'importanza della qualità emotiva nella quotidianità. Il clima, nel contesto terapeutico va condiviso anche con il nucleo familiare del minore. Se si riesce a creare e consolidare un clima favorevole e positivo in tutti gli ambiti d'interesse, il bambino con mutismo selettivo

inizierà, poco per volta e molto gradualmente, ad esprimersi anche non necessariamente con la parola.

D'altro canto, i fattori che inibiscono la creatività sono:

- *la valutazione*: nel momento in cui i bambini con mutismo selettivo iniziano ad eseguire un'azione creativa (ballare, cantare, dipingere..), essi, al posto di rimanere concentrati sulla propria azione, sentono addosso la pressione di un possibile giudizio da parte dell'adulto che li porterà a bloccarsi ancora di più. Nel lavoro terapeutico con minori con mutismo selettivo è importante non esprimere giudizi di valore che possono sostituirsi al loro stesso giudizio. Dunque è importante capire, come prima cosa, cosa pensa il bambino della propria creazione o realizzazione;
- *le ricompense*: le motivazioni estrinseche non motivano l'atto creativo, anzi tendono a reprimerlo. Il bambino deve essere invogliato a far qualcosa per il piacere di farlo e non perché gli è stata promessa una ricompensa in cambio;
- *la sorveglianza*: essere costantemente osservati dall'adulto inibisce i tentativi di sperimentare soluzioni nuove ostacolando la creatività. L'adulto, in tal caso, deve fingersi disinteressato mentre il bambino con mutismo selettivo è intento nell'esecuzione della sua opera d'arte;
- *la competizione*: ha effetti negativi considerando il fatto che ogni bambino con mutismo selettivo agisce secondo i propri ritmi e tempistiche;
- *l'eccessivo controllo*: alimenta la mancanza di autostima nel bambino. Il bambino, difatti, deve sentirsi libero di sperimentare pur essendo consapevole di poter sempre contare sull'aiuto dell'adulto;
- *la limitazione delle scelte*: non consente al bambino di farsi guidare con passione e curiosità. Nel momento in cui il bambino si sente pronto di intraprendere un'attività, possa essa essere consona o no al bambino stesso, l'adulto deve lasciarlo sperimentare. Sarà, in un secondo momento, il bambino stesso a scegliere se continuare o meno con tale attività;
- *la pressione*: le aspettative, che possono crearsi a seguito di un progresso fatto, possono rappresentare motivo di inibizione della creatività. Al bambino con mutismo selettivo non bisogna elogiare il progresso perché farà in modo che esso accresca la sua

situazione ansiosa. È efficace, invece, comportarsi come se il bambino abbia sempre compiuto quell'azione, quindi come se fosse tutto normalità. In tal caso il bambino realizzerà che il suo operato non rappresenta il fulcro centrale dell'azione appena compiuta;

- *la limitatezza del tempo e le interruzioni*: dovuta al fatto che gli incontri di arteterapia rappresentano un processo che inizia e che finisce, non possono essere tarati all'infinito.

IL CONTESTO FAMILIARE

Un tempo il concetto di famiglia comprendeva madre, padre, figlio/i. Minuchin, nel 1974, individua due tipologie di famiglie:

- famiglia disimpegnata caratterizzata da confini eccessivamente rigidi, da una distanza emotiva e da uno scarso contatto fra i membri;
- famiglia invischiata caratterizzata da confini troppo deboli e da un'eccessiva vicinanza tra i membri. È una famiglia chiusa che tende ad opporre resistenza di fronte al cambiamento.

Una famiglia è disfunzionale quando è incapace di abbandonare i modelli di transazione che hanno smesso di soddisfare i bisogni dei suoi membri. Di fatti Von Bertalanffy, nel 1969, disse: *“La rigidità del sistema è la patologia del sistema”* per sottolineare questo disfunzionamento della famiglia in sé.

Il “funzionamento normale” di una famiglia viene teorizzato in base ai principi organizzativi che regolano le interazioni tra i membri contribuendo al mantenimento dell'unità familiare nonché alla capacità di poter fronteggiare i cambiamenti volti alla crescita ed al benessere dei suoi membri. Tale normalità familiare, a seguito dei grandi cambiamenti a livello sociale e della crescente diversificazione delle famiglie negli ultimi decenni, è stata resa più complessa. Secondo la ricercatrice americana Walsh, la possibilità di generalizzare un unico modello di salute familiare è stata messa in dubbio a causa della varietà e complessità degli stili relazionali delle famiglie contemporanee. Tuttavia, afferma Walsh, esistono dei processi fondamentali volti al buon

funzionamento familiare:

- connessione ed impegno da parte dei membri della famiglia nel sentirsi uniti dandosi sostegno reciproco;
- rispetto delle differenze individuali, rispetto per l'autonomia e per i bisogni dei singoli;
- autorità genitoriale efficace e responsabile;
- stabilità organizzativa dotata di chiarezza e coerenza;
- flessibilità nell'affrontare le richieste esterne o interne di cambiamento, nel far fronte in modo efficace allo stress e ai problemi che potrebbero insorgere;
- aperta comunicazione con regole chiare, interazioni soddisfacenti con espressioni emotive e ritorni empatici;
- processi efficaci di problem solving e di risoluzione del conflitto;
- condivisione di un sistema di credenze che consenta la fiducia reciproca e che permetta la trasmissione di valori etici e che sia aperta verso una comunità allargata;
- risorse adeguate per una sicurezza economica di base e supporto psicologico fornito da amicizie e parentele estese.

Vi è dunque una moltitudine di fattori che fanno di una famiglia una famiglia funzionale.

Carl Whitaker enuncia un'altra definizione di famiglia sana che comprende alcuni dei processi sopra riportati: "una famiglia è sana quando ha confini chiari e permeabili, quando c'è una sufficiente distinzione tra generazioni e quando presenta flessibilità di ruoli e di regole.". È una famiglia capace di saper cogliere i cambiamenti esterni ed interni a se stessa pur riuscendo a mantenere un proprio equilibrio emotivo, fisico e relazionale.

LE DINAMICHE FAMILIARI ED IL MUTISMO SELETTIVO

Attorno agli anni '50, per quanto concerne con il mutismo selettivo, si attribuiva la colpa dei problemi dei bambini alla famiglia di origine. Si pensava che il silenzio fosse scaturito dalle azioni dei genitori come maltrattamento, non saper creare un legame affettivo o anche semplicemente il non aver allattato il figlio al seno. Ciò fece nascere una serie di pregiudizi riguardanti quei bambini e i loro genitori i quali, non trovando un aiuto concreto da parte di dottori, psicologi ed insegnanti, iniziarono a farsi carico di tali colpe. Nell'ambiente scolastico, inoltre, i genitori non erano creduti quando dicevano che i loro figli in casa parlavano e per questo motivo questi bambini venivano sgridati, puniti, ridicolizzati dagli insegnanti i quali spesso utilizzavano atteggiamenti coercitivi nei confronti dei bambini..

La maggior parte dei genitori si descrivono come persone introversive e timide, ansiosi con ansia sociale o con tratti depressivi spesso facendosi una colpa del fatto che il loro figlio, in determinati contesti, non parli.

“Tratti genetici, costituzionali, assetti fisiologici, situazioni ambientali, sociali e familiari, contribuiscono tutti insieme, nella loro relazione dinamica, a esiti protetti o vulnerabilità per la crescita del figlio”¹⁶ .

I bambini con mutismo selettivo sembrano avere uno stile insicuro-dipendente, questo significa che spesso si focalizzano sui genitori ed in loro assenza assumono un atteggiamento diffidente, passivo, preoccupato. Lo stato ansiogeno del genitore è facilmente trasmissibile al figlio sottoforma di paura generale per la realtà esterna. Questa percezione della paura produce, nel sistema nervoso, un'attività interna che si traduce in disagio, ansia, paura e la si affronta con l'evitamento.

Nel mutismo selettivo l'ansia diventa patologica in quanto il genitore limita al figlio di avere l'opportunità di saper riconoscere tale stato, di legittimarlo facendogli evitare l'esplorazione dell'ambiente circostante. Questo prevede che le relazioni del bambino si modellino attorno alle figure accudienti perché è lì che i bambini considerano la loro zona di confort. Di fatto anche i comportamenti sociali dei genitori fungono da modello

¹⁶ Rezzonico, Iacchia, Monticelli, *Mutismo Selettivo* 2018, p.161

a cui ispirarsi.

Secondo Moldan (2005) il mutismo selettivo è dovuto ad un deficit nell'autoregolazione, capacità fondamentale per poter gestire e modulare al meglio pensieri, emozioni, comportamenti. Difatti, in situazioni non familiari, i bambini con Mutismo Selettivo sentono un forte disagio accompagnato da un “congelamento” della parola.

In tutte le dinamiche familiari possibili (migrazioni, genitori ansiosi o depressi, fratelli con possibile mutismo selettivo) va specificato che il modello familiare ed i messaggi indiretti trasmessi da genitori o parenti incidono sull'instaurarsi o sul cronicizzarsi di tale disturbo.

Molto spesso il mutismo selettivo viene notato solo con l'inizio della scuola ma viene identificato come un'eccessiva timidezza che si supererà con il tempo. Questo fa sì che i genitori, inizialmente, tendano a preoccuparsi poco per la situazione. È solo quando gli insegnanti li convocano per un colloquio che prendono consapevolezza del mutismo del loro figlio. D'altro canto, invece, alcuni genitori vengono a conoscenza del mutismo selettivo quando i compagni di classe del bambino riferiscono che a scuola non parla mentre a casa sì.

La famiglia, fin da subito, deve essere coinvolta nel processo di trattamento del bambino con tale difficoltà. Essa, infatti, dovrà organizzare incontri volti a facilitare il contatto del figlio con coetanei e con adulti mantenendo però, come obiettivo principale, il benessere del proprio figlio il quale deve sentirsi accettato e compreso. Affinché questo intervento vada a buon fine, occorre che i genitori mantengano un rapporto diretto con lo psicoterapeuta e con la scuola.

IL TRATTAMENTO DEL MUTISMO SELETTIVO NEL CONTESTO FAMILIARE ED IL SUPPORTO ALLE FAMIGLIE

Il compito del terapeuta è quello di spingere il bambino con mutismo selettivo ad esplorare le proprie emozioni e i propri sentimenti, dandogli la possibilità di comprenderli autonomamente e scoprire cosa lo ha portato a costruire aspettative

disfunzionali. La prima cosa da fare è far capire al bambino che lo si vuole proteggere dai comportamenti maldestri degli altri, siano essi adulti o bambini. Occorre accettare il suo silenzio e proporgli di condividere le proposte che si vorrebbe attuare durante la terapia, come:

- dimostrare ai genitori le abilità possedute dal bambino con mutismo selettivo nonostante la difficoltà di parlare;
- offrire indicazioni pratiche agli insegnanti che si dimostrano essere insistenti e chiedere loro una collaborazione adeguata al contesto;
- ricordare che il bambino con mutismo selettivo non necessita di motivazioni esterne bensì di sostegno e comprensione.

È di fondamentale importanza che i genitori partecipino, fin dall'inizio, alla terapia. Occorre stabilire momenti di partecipazione approfittando del fatto che in tal modo è possibile valorizzare il bambino offrendogli un appoggio e sostegno emotivo.

Se da una parte la partecipazione dei genitori è importante per il bambino, è altrettanto importante far sapere ai genitori l'importanza della loro presenza in modo da farli sentire degli ausili e non gli artefici del malessere del figlio.

Il terapeuta assieme alla famiglia ha il compito di costruire esperienze di apertura verso i contesti sociali. Molto spesso le famiglie vanno accompagnate nella lettura delle novità che si possono presentare e che potrebbero turbare gli equilibri consolidati.

Per le famiglie di bambini con mutismo selettivo esistono degli sportelli di ascolto che hanno il compito di favorire una riflessione attiva sulle problematiche e difficoltà del mutismo selettivo permettendo di trovare le risorse personali più adeguate per far fronte al problema in questione.

Gli sportelli di ascolto hanno una duplice funzione: *accoglienza informativa* e *accoglienza supportiva* da ritenersi non consecutive bensì fuse in un unicum, proprie di un andamento temporale circolare.

L'iter nello sportello di ascolto si articola in tre momenti:

- primo momento: l'iniziale contatto tra i familiari del bambino con mutismo selettivo e l'interlocutore che potrebbe essere d'aiuto ad entrambi gli attori al fine di poter conoscere meglio la dinamica in atto;

- secondo momento: entrano in azione la competenza specialistica e la competenza esperienziale. Entrambe le figure, specialista ed il diretto interessato, si interfacciano con chi si rivolge allo sportello ed agiscono per raggiungere l'obiettivo specifico;
- terzo momento: ha l'obiettivo di favorire la consapevolezza dei percorsi che è possibile attivare affinché la famiglia dia senso e valore alle proprie decisioni.

Fin dalla prima fase del lavoro di aiuto centrato sui genitori bisogna scomporre gli assunti e ristrutturarli in modo da cambiare il punto di vista sia concettuale sia emozionale ovvero i sensi di colpa e i comportamenti di controllo o evitamento dei genitori.

Il primo assunto, la presenza dei sensi di colpa, dovrà mutare in: *la funzione utile dei sensi di colpa*. Il senso di colpa implica un'attivazione a recuperare la propria zona di appartenenza la quale risulta essere messa in pericolo da un evento di cui si è artefici. Il senso di colpa serve ad individuare l'errore definendolo in modo chiaro per poi ripararlo nella forma possibile. Non bisogna demonizzare l'errore anzi, tramite esso, si potrà capire cosa non funziona ed agire in modo concreto rispetto a ciò.

Il secondo assunto, i comportamenti di controllo o evitamento dei genitori, dovrà mutare in: *limiti e risorse insite nelle due reazioni di partenza e nei conseguenti comportamenti*. Aggredire un problema, evitare un ostacolo, cercare di avere il controllo non sembrano azioni malvagie anzi, sarebbero le cose migliori per riportare la situazione ad uno stato di quiete ma, il più delle volte, sono reazioni irrigidite ed estremizzate e suddivise in modo netto tra i genitori. Ragion per cui sono da ritenersi disadattive ed incongruenti alle singole circostanze. Le polarizzazioni genitoriali devono essere limitate a favore del riconoscimento dei punti di forza insiti nei loro comportamenti. Ciò che devono fare i genitori è di aprirsi e prendere consapevolezza utilizzando il criterio di esplicitazione e misurazione attuato nel contesto del senso di colpa. Una volta aver riflettuto su se stessi, il terapeuta invita i genitori a riflettere sui punti di forza dell'altro e sui propri limiti. Dopo di che il terapeuta condividerà tutte le informazioni ricavate nelle fasi precedenti.

Il processo di aiuto centrato sul genitore consente di sviluppare una linea guida

d'intervento che comprenda momenti di lavoro individuale e momenti di lavoro di gruppo. Lo scopo è quello di dare valore alle peculiarità di ogni singola famiglia, ascoltando ed ottimizzando colloqui in base alle loro richieste anche mettendole in relazione con altri nuclei.

IL CONTESTO SCOLASTICO

Come scritto nel DSM-5 (2013) i bambini affetti da mutismo selettivo sono caratterizzati da un' incapacità di parlare in specifiche situazioni sociali nonostante sia in grado di parlare in altre situazioni. Il mutismo selettivo non può essere riconosciuto e diagnosticato finché il bambino non inizia la scuola primaria. La scuola rappresenta, per il bambino con mutismo selettivo, il contesto in cui ogni “insufficienza” si manifesta in modo molto appariscente. Difatti il bambino risulta avere molte difficoltà nel parlare con gli insegnanti della classe per il semplice fatto che molto spesso le insegnanti sono ignare del problema.

L'ambiente scolastico e il gruppo classe sono realtà molto complesse per un bambino con mutismo selettivo perché ogni bambino si rende conto delle proprie capacità e caratteristiche.

Gli insegnanti hanno l'obiettivo di trovare strategie utili per favorire la valorizzazione e l'integrazione di uno bambino con mutismo selettivo all'interno della classe. Di fatti, quando il mutismo selettivo impedisce al bambino di emettere suoni, l'insegnante è chiamato a porre l'attenzione ai minimi segnali non verbali provenienti dal bambino stesso senza però far trapelare alcun tipo di differenza con gli altri alunni.

IL PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO (PDP)

La legge 104 del 1992, che fa riferimento all'assistenza e ai diritti delle persone con disabilità, prevede alcune misure anche a favore del benessere e dell'integrazione sociale. Un'équipe mediata da medici dell'Inps o da neuropsichiatri, qualora sia segnalato un minore con una specifica disabilità, dovrà redigere il piano educativo

individualizzato (PEI) nel quale verranno indicati sia gli obiettivi che si intendono perseguire mediante l'azione educativa, sia gli strumenti e le strategie che l'insegnante dovrà adottare per attuare gli obiettivi indicati.

Qualora l'équipe, una volta visitato il bambino, non riconosca una condizione di disabilità che richieda un' insegnate di sostegno, gli insegnanti sono comunque tenuti ad elaborare un piano didattico personalizzato (PDP) nel quale vengono illustrati gli obiettivi e strumenti didattici che si intenderà adottare. Il PDP è uno strumento operativo che va applicato e deve essere ispirato da un bisogno comunicativo.

Il piano didattico non deve essere compilato necessariamente all'inizio dell'anno scolastico, ma quando se ne valuta l'opportunità tenendo in considerazione le tempistiche del bambino. Rimane fondamentale la collaborazione con la famiglia nell'avvertire i dirigenti scolastici delle difficoltà del minore e nel procurare gli opportuni certificati recanti la diagnosi.

LA SCELTA DELLA CLASSE E L'INTERVENTO DI INTRODUZIONE PROGRESSIVA ALLA PAROLA

Affinché si possa collaborare per il benessere del bambino è essenziale che i genitori, prima che il proprio figlio con mutismo selettivo inizi la scuola, avvisino il dirigente delle varie difficoltà del bambino. In tal modo la scuola può prepararsi all'accoglienza del minore.

La scuola dovrà cercare informazioni riguardanti le specifiche difficoltà dell'alunno, individuare gli insegnanti più propensi per la formazione, selezionare il tipo di classe più vantaggioso per un' efficace inserimento e successivamente una buona integrazione. La classe è molto importante per il bambino con mutismo selettivo in quanto essa non deve rappresentare in alcun modo possibile un luogo di vergogna o di paura bensì un luogo di accoglienza e benevolenza.

Nel passaggio dalla scuola materna alla scuola elementare, sarebbe opportuno che il bambino con mutismo selettivo ritrovi, all'interno della classe, qualche compagno della scuola materna in modo che possa evitare di provare imbarazzo davanti ai nuovi

compagni.

Altro fattore molto importante consiste nel fatto di avvisare i componenti della classe di non insistere affinché il bambino parli perché questo porterebbe solo ad una regressione del disturbo. Qualora il bambino con mutismo selettivo decidesse di parlare spontaneamente, sarebbe opportuno che i compagni di classe si comportassero normalmente, senza mostrare stupore o sorpresa.

Formare gli insegnanti sul mutismo selettivo è importante. Di fatti, senza una corretta informazione a riguardo, l'insegnante potrebbe essere propenso nel pensare che il bambino abbia atteggiamenti oppositivi o che non sia interessato alla scuola e dunque, riservargli un'attenzione specifica non farà altro che addentrare il bambino all'interno del disturbo. Il mutismo selettivo, più è insito nella persona, più è difficile che retroceda all'interno del bambino.

A scuola è importante creare un clima di collaborazione evitando ogni qualsiasi forma di competizione con i bambini. È il bambino stesso a decidere i tempi e i modi per uscire spontaneamente, l'importante è che si possa sentire al sicuro e a suo agio. Affinché il bambino riesca ad instaurare con gli insegnanti un rapporto di fiducia, è importante che loro siano empatici. Al bambino non interessa che l'insegnante sia solo tollerante o disponibile, al bambino interessa che l'insegnante sia capace di cogliere il suo messaggio, quello che lui sente. Per questo non è necessario che l'insegnante elabori strategie particolari per favorire la relazione con il bambino con il mutismo selettivo e con i compagni di classe. È utile, invece, proporre stimoli che siano in sintonia con il bambino ed il contesto.

Di seguito, vengono riportati alcuni esempi di stimoli che l'insegnante può proporre al bambino con mutismo selettivo. Esse sono attività che possono favorire il passaggio dal suono alla parola in modo graduale e ludico e possono essere utilizzate anche con avvio per l'inserimento nella classe:

- fare rumore con uno strumento;
- far rumore con il proprio corpo;
- far rumore con la bocca: soffiare, ridere, schioccare la lingua eccetera...;
- riprodurre i versi degli animali;

- riprodurre i suoni degli oggetti;
- riprodurre il suono di una lettera impegnando le labbra ma non la voce e poi la voce ma non le labbra;
- riprodurre il suono di una lettera usando sia la voce che le labbra;
- pronunciare vocali, sillabe eccetera..;
- rispondere “si/no”;
- contare insieme;
- contare alternandosi le cifre;
- leggere insieme una parola;
- rispondere a domande molto facili come “quanti anni hai?”.

L'associazione francese “OUVRIR LA VOIX” ha ideato un metodo di aiuto per il bambino con il mutismo selettivo a far ricorso al linguaggio in tutte le situazioni. Tale programma prevede l'attivo coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, del neuropsichiatra infantile e dello psicologo scolastico. Questo programma di intervento si articola in cinque sezioni le quali contengono una serie di principi di base.

- la prima sezione (*comprendere*) è relativa alla comprensione del fenomeno e degli stati d'animo del bambino;
- la seconda sezione (*aiutare*) comprende i modi in cui è possibile aiutare il bambino nelle situazioni di forte ansia e stress emotivo;
- la terza sezione (*flessibilità*) prevede un adattamento del programma alle esigenze del bambino ed in base ai progressi che esso sta facendo;
- la quarta sezione (*esercizio*) insiste sulla necessità che il bambino sia stimolato a parlare superando le condizioni di ansia;
- la quinta sezione (*intervento*) fa riferimento ai momenti in cui bisogna intervenire.

Il programma di introduzione progressiva alla parola prevede delle linee guida articolate in varie tappe: il programma inizia con il bambino che a scuola si avvale di un intermediario che parli al posto suo e termina con il bambino che si relaziona con gli altri e parli autonomamente.

Lo dicono le parole stesse delle sezioni: per far fronte al mutismo selettivo occorre prima di tutto comprendere di cosa si tratti in modo da poter attuare metodologie d'intervento efficaci. Per fare questo occorre che entrambi gli attori coinvolti, bambino e terapeuta siano flessibili e disponibili il primo nella ricerca di aiuto ed il secondo nella strategia d' aiuto. Questo aiuterà a creare l'alleanza di fiducia, tassello fondamentale per l'esecuzione degli esercizi di superamento del mutismo selettivo.

L'UTILITA' DELLE EMOZIONI

Le emozioni sono alla base delle nostre azioni e si caratterizzano per cambiamenti nell'espressione del viso, della postura e dei movimenti.

Esistono emozioni primarie ed emozioni secondarie. Le emozioni primarie sono quelle innate ed universali ovvero quelle che proviamo indipendentemente dalla cultura, età, sesso, status sociale. Le emozioni secondarie, invece, sono più numerose e complesse, si sviluppano con la crescita e l'interazione sociale.

Per quanto concerne il mutismo selettivo, tutte le emozioni svolgono un ruolo importante, in particolar modo la paura e la vergogna. Per tali ragioni è necessario essere consapevoli della loro funzione in modo che esse possano essere amiche e non nemiche. Affinché ciò avvenga, occorre smettere di giudicarle come inferenze perché tutte hanno un' utilità biologica.

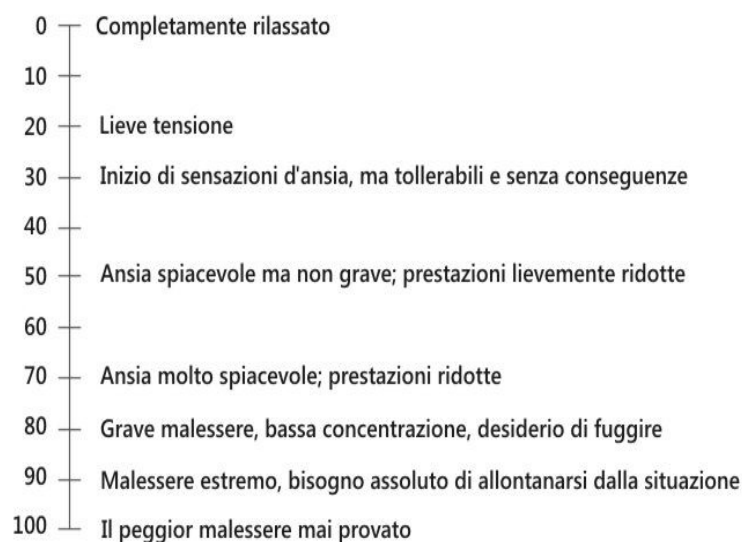
Le emozioni primarie sono :

- *sorpresa*: suscitata da qualcosa di inaspettato che ci blocca momentaneamente in modo da aiutarci a registrare altre informazioni. Solitamente seguono altre emozioni sia positive sia negative;
- *rabbia*: suscitata da un ostacolo che ci impedisce di arrivare a ciò a cui tendiamo. Spesso ci spinge a reagire in difesa o in attacco;
- *paura*: suscitata da un pericolo, una minaccia che ci spinge a cercare una via di fuga;
- *disgusto*: suscitato da repulsione, che ci spinge ad allontanarci da ciò che lo ha generato;

- *tristezza*: suscitata da una perdita, una mancanza che ci toglie energie e ci spinge alla resa;
- *gioia*: suscitata da qualcosa di gradevole, appagante che ci spinge ad esprimere soddisfazione e positività.

Elisa Shipon Blum (2010) ha analizzato, attraverso la Scala di Comunicazione, tre livelli di comunicazione:

- assenza totale di comunicazione e reazione, iniziativa ed espressione;
- presenza di una comunicazione non verbale con mimica;
- comunicazione reattiva verbale.



Per i soggetti con mutismo selettivo, saper riconoscere il proprio stato d'ansia è fondamentale. Per questo può essere molto utile l'utilizzo del Termometro dell'ansia.

Se il valore dell'ansia è pari a 0, il bambino è in grado di comunicare verbalmente in quanto si sente a proprio agio. Se il valore dell'ansia è pari a 100 si presenta un blocco non solo della parola ma anche dei movimenti, delle espressioni e del contatto visivo. Il bambino appare dunque assente, disinteressato alle relazioni e cercherà di isolarsi. Questo termometro rappresenta uno strumento per far concretizzare al bambino il suo grado d'ansia e per renderlo anche consapevole che la sua situazione non rappresenta

una situazione stabile bensì variabile. Dunque rappresenta uno strumento per la consapevolezza del sé e del fatto che si può lavorare su se stessi per il proprio benessere psico-fisico.

CAPITOLO 3

ELISA ED IL PESO DELLE PAROLE NON DETTE

Alla fine del 2014 la ventiseienne Francesca L., facendo volontariato a Pordenone, incontra il trentaduenne S. I due giovani iniziano una frequentazione che li porta a vedersi nei fine settimana quando l'associazione di volontariato organizza degli “allenamenti di servizio”.

Nell'estate del 2015 Francesca scopre di aspettare un bambino da S. Fin da subito saputa la notizia, la famiglia di S. composta da madre, padre e fratello, si dimostra restia a riguardo tanto da esplicitare il fatto di non volersi assumere alcun tipo di responsabilità economica. Mentre Francesca è contenta di questa notizia, S. inizia ad assumere degli atteggiamenti sospetti che fanno nascere nella giovane qualche perplessità. Francesca ha intuito che il ragazzo stesse nascondendo qualcosa pur continuando a dire di tenere alla bambina e che avrebbe cercato una casa per la sua nuova famiglia. Durante i primi mesi di gravidanza, a seguito di continui esami di accertamento con conseguenti domande, si scopre che S. è affetto da una malattia genetica: la neurofibromatosi¹⁷. A Francesca viene consigliato di effettuare la villocentesi, un esame invasivo con ago per escludere o meno la possibilità che ne sia affetta anche la piccola. L'esito dell'esame è, fortunatamente, negativo.

Nel frattempo Francesca e la madre scoprono che il ragazzo ha il vizio del gioco d'azzardo. Francesca, inoltre, viene a sapere che S. è molto indebitato e si rende conto che S. non avrebbe mai commesso il passo di comprare una casa tutta per loro. Francesca si è ritrovata così a dover affrontare una gravidanza incentrata sui litigi: litigi frequenti con sua madre la quale soffriva di ansia e depressione e litigi con la famiglia di S. che lo ha sempre coperto e protetto mentre Francesca avrebbe voluto che il compagno si fosse curato presso il Ser.D.¹⁸ di Pordenone. Francesca, fino all'ottavo

¹⁷ La neurofibromatosi è una malattia genetica rara che altera i normali processi di crescita e di sviluppo delle cellule del sistema nervoso.

¹⁸ Ser.D: Servizi per le dipendenze.

mese di gravidanza, ha lavorato come baby-sitter per far fronte alle spese economiche vivendo con la madre la quale dimostrava di essere preoccupata per la situazione tanto da rifiutarsi di vedere tutte le ecografie della figlia. Nel mentre S. accetta di essere accompagnato da Francesca al Ser.D. continuando, però, a giocare di nascosto. Tra una bugia e l'altra, verso la fine della gravidanza, S. smette di farsi vedere raccontando molte scuse e dichiarandosi confuso.

Francesca rimane da sola vivendo un momento di forte stress emotivo ed ansiogeno che le scaturiscono forti contrazioni alla pancia rischiando di perdere la bambina. Questo non frena Francesca nel chiamare l'ex compagno al momento del parto pur sapendo che la madre se ne sarebbe andata qualora lei lo avesse chiamato.

La presenza di S. in questo momento e durante la degenza in ospedale, fanno pensare a Francesca che il ragazzo fosse cambiato. Però si stava sbagliando: S. continuava di nascosto a giocare. Francesca, al momento di dichiarare nome e cognome della bambina, non ha esitato a pronunciare il suo di cognome e non quello di S. Vuole a tutti i costi proteggere la piccola Elisa da un padre inaffidabile, bugiardo e con una dipendenza che gli ha causato quasi 100.000 euro di debiti.

I PRIMI ANNI DI ELISA ED IL CONTESTO FAMILIARE

Nel primo anno di Elisa, la bambina ha visto per poche ore quasi ogni weekend il padre biologico nei centri commerciali o fuori casa di Francesca sempre in presenza della ragazza. Successivamente, la psicologa di Francesca le ha consigliato di interrompere le visite almeno finché il ragazzo avesse continuato con la sua dipendenza. Questo perché ogni qualvolta che si incontravano, scaturivano forti tensioni e gesti non sani e consoni di fronte alla piccola Elisa come, ad esempio, il volersi togliere la vita in mezzo alla strada con la bimba nel passeggino o il mandarle video nei quali lui delirava sbattendo la testa sui muri, vocali telefonici in cui diceva di volersi uccidere oppure foto in cui lui si incideva le iniziali di Francesca mentre era a lavoro. Dall'episodio del passeggino, Francesca decide che fosse meglio far parlare padre e figlia solo tramite videochiamate tralasciando il consiglio della psicologa di eliminare ogni foto dai ricordi della bambina.

Fatto sta che, col senno di poi, le chiamate tra padre e figlia si sono caratterizzate da lunghi silenzi, imbarazzi e disinteresse da parte della bambina stessa. Intorno ai due anni di Elisa, S. è andato a trovare la bimba una sola volta incolpando il Ser.D di averglielo impedito.

Nel frattempo Elisa capisce che la nonna materna sta affrontando un momento molto difficile. Nel 2018 alla nonna viene diagnosticato un tumore e questo brutto inconveniente porta alla bambina il fatto di doversi abituare alle lunghe degenze in ematologia, alla perdita dei capelli e dei denti della nonna. Elisa ha dovuto abituarsi alla presenza di baby sitter e alle lunghe attese in ematologia alla sera, dimostrandosi una bambina adulta e reprimendo i suoi dispiaceri per non crearne di ulteriori.

Verso i quattro anni Elisa inizia a non voler più fare videochiamate al padre in quanto la bambina, al posto di parlare con il padre, preferiva disegnare e, qualora fosse sollecitata a rispondere, Elisa proferiva parole balbettate in pieno imbarazzo. Francesca, pur essendosi accorta di tale difficoltà, ha associato il balbettio alle situazioni nelle quali Elisa interagiva con il padre. È in questo periodo che Elisa inizia a mantenere le distanze da ogni qualsiasi figura maschile fatta eccezione dello zio, il fratello di Francesca.

Quando Francesca ha presentato il suo nuovo compagno Alessandro ad Elisa, lei non voleva nemmeno salutarlo. Si dimostrava molto restia nei confronti dell'uomo. Alessandro, però, è rimasto molto paziente e ha lasciato ad Elisa il tempo di metabolizzare il tutto. Un giorno Alessandro, facendo il pagliaccio, è riuscito a far ridere la bambina e da lì Elisa è riuscita a sbloccarsi e ad iniziare a sentirsi a suo agio con lui.

Elisa è, al giorno d'oggi, abituata alla figura familiare del compagno di Francesca. Nei disegni di *famiglia* da lei creati sono presenti: lei, la madre Francesca, Alessandro ed il fratellino nato nel 2021.

Elisa sa che il suo vero papà non è Alessandro ma, lui per lei rappresenta quella sicurezza e protezione che non ha avuto in precedenza dal suo padre biologico. S. tuttora scrive a Francesca per sapere come sta la bambina ma tra loro non vi è alcun tipo di rapporto. Una o due volte all'anno lui manda alla piccola un regalo.

IL CONTESTO SCOLASTICO DI ELISA

Elisa, a seguito della malattia della nonna, ha passato gran parte del primo anno d'asilo a casa dove il suo linguaggio, seppur tipico di un bambino alle prime armi, era presente. A quattro anni Elisa inizia effettivamente l'asilo a Treviso. Le maestre, in sede di riunione, hanno fatto notare a Francesca che la bambina mostrava comportamenti e atteggiamenti molto rigidi nei loro confronti e verso i compagni maschi. Ogni qualvolta che le maestre provavano a farle il solletico, Elisa iniziava ad irrigidirsi ed a incupirsi sempre di più. Le maestre, inoltre, hanno fatto notare che, alla visione di un cartone, Elisa non mostrava emozioni o non le faceva trasparire: dove tutti ridevano lei stava in silenzio, dove tutti piangevano, lei era seria e composta.

Le maestre hanno fatto presente a Francesca che la bambina non parlava e che utilizzava gli occhi per comunicare. Esse hanno subito rassicurato Francesca dicendole che la situazione era normale e che, verso i cinque anni, la bambina si sarebbe sbloccata. Francesca, in realtà, non era molto tranquilla perché non capiva come mai sua figlia a casa parlava mentre a scuola no.

L'anno successivo, a seguito del loro trasferimento nella casa di Alessandro, Elisa cambia scuola materna: da Treviso si sposta a Camalò. Lì le maestre hanno subito colto un campanello d'allarme, informando Francesca del fatto che Elisa non parlava.

Le maestre, in accordo con Francesca, hanno fatto incontrare Elisa con la psicomotricista la quale, visitando la bambina, ha confermato che fosse presente un qualche problema legato alle emozioni.

Elisa inizia un percorso terapeutico con psicologhe e psicomotriciste volto alla spiegazione di questa sua difficoltà di parlare con qualsiasi persona fosse estranea al suo nucleo familiare.

Elisa, nel frattempo, ha iniziato le scuole elementari. Francesca non ha a portata di mano alcuna documentazione che possa spiegare alle maestre la difficoltà di Elisa in quanto la bambina stava ancora intraprendendo le sedute dalla psicologa. Quello che Francesca fa è organizzare delle riunioni periodiche le quali richiedono la presenza di maestre, della psicologa, della terapeuta e di Francesca stessa, al fine di mantenersi

rispettivamente aggiornate sui progressi di Elisa.

Francesca racconta che tuttora è difficile in quanto le maestre si aspettano che Elisa, da un giorno all'altro, inizi a parlare sottolineando il fatto che per loro la bambina ci stia ricamando su, facendo apposta a non parlare. A volte la provocano incitando la bambina a fare il mimo davanti alla classe, non curanti del fatto che questo loro atteggiamento risulti maggiormente nocivo per Elisa la quale tenderà sicuramente a cronicizzare la sua sintomatologia.

Verso la fine della prima elementare le maestre hanno accusato il fatto che, in un anno di terapia, la bambina non abbia dato segni di miglioramento. Nella riunione consueta, però, è emerso che Elisa aveva iniziato a rispondere alle maestre con il labiale e la terapeuta ha subito provveduto ad informare loro di quanto rappresentasse un progresso enorme. Tuttavia le maestre, nel valutare l'andamento di Elisa nell'anno accademico, hanno riferito che l'alunna interagisce in gruppo solo se sollecitata, la ritengono capace di attuare delle strategie opportune per consolidare le conoscenze apprese. Hanno riferito che Elisa è capace di organizzarsi il proprio apprendimento individuando, scegliendo ed utilizzando le varie informazioni.

Quello che emerge dalla situazione scolastica è sostanzialmente il fatto che le maestre siano ben poco informate di quello che rappresenti il mutismo selettivo perché ancorate all'associazione fatta con l'estrema timidezza della bambina.

La psicologa e la terapeuta che hanno in cura Elisa hanno richiesto, per l'inizio della seconda elementare, un colloquio con le maestre al fine di fare loro delle indicazioni dettagliate e modalità di intervento con Elisa. Ciò che preme alle terapisti è il fatto che Elisa non cronicizzi i suoi sintomi e che, con il suo tempo, riesca a fare dei progressi che, se per le maestre risultano quasi inesistenti, per la bambina sono progressi enormi.

IL CONTESTO TERAPEUTICO E LE COMORBIDITA'

Elisa inizia le sue sedute dalla psicologa all'età di 6 anni. In questo periodo Elisa sta affrontando molti cambiamenti: la nonna sta guarendo dal tumore, lei e la mamma si stanno trasferendo a casa di Alessandro e per di più la mamma sta aspettando il suo

fratellino Niccolò.

Elisa, su richiesta della mamma Francesca, inizia il suo percorso presso lo studio della psicologa V.S. accompagnata anche dalla sua terapeuta la dottoressa N.M. per un'analisi di approfondimento per:

- difficoltà socio-comunicative
- comportamento rigidi,
- disregolazione emotiva,
- mutismo selettivo.

Durante l'osservazione, Elisa si è mostrata disponibile all'incontro con la nuova psicologa verso la quale ha rivolto un sorriso e una mimica espressiva modulata. Ha instaurato con la nuova figura una dinamica di gioco di nascondino.

La bambina è entrata nella stanza autonomamente separandosi dalla madre Francesca in modo abbastanza tranquillo. Ha iniziato ad esplorare con sicurezza l'ambiente coinvolgendo la psicologa: le aperture sociali spontanee della bambina sono state multiple e intense pur non utilizzando il canale verbale. Si sono osservati più momenti in cui Elisa ha portato o mostrato oggetti e produzioni simboliche con l'intento di condividerli. In lei si è percepito un lieve stato d'ansia riconducibile alla novità della situazione.

La bambina ha seguito lo sguardo e/o l'indicazione della psicologa per orientare la propria attenzione verso un oggetto lontano. La risposta al nome è stata sempre adeguata.

La modalità prevalente di Elisa, nella comunicazione con l'altro, è quella non verbale oppure la scrittura. Nella proposta ludica Elisa ha dedicato gran parte del tempo al gioco senso-motorio dove ha mostrato molta competenza e abilità, un'intensa energia, desiderio di essere guardata e lodata per la sua performance motoria. Inoltre la bambina ha manifestato alcuni atteggiamenti provocatori. Nei momenti di pausa la psicologa ha osservato alcuni movimenti di occhi e bocca involontari.

La produzione verbale non è stata sufficiente per misurarne l'efficacia pragmatica e prosodica. Si sono dunque applicate solo parte delle prove per un approfondimento diagnostico riguardante i disturbi dello spettro autistico di tipo lieve o sindrome di

Asperger, seguendo parte del protocollo diagnostico.

Anche a Francesca sono stati somministrati alcuni test come il GADS¹⁹ e il CASD²⁰ dando però risultati bassi che vanno ad escludere tali problematiche nella donna.

In un secondo momento, in sede di colloqui con Francesca, la psicologa ha raccolto parecchie caratteristiche di Elisa significative per la sindrome di Asperger. Soggetto di questionario sono state le interazioni sociali, le competenze emozionali, i movimenti ed eloqui ripetitivi, le routine, i pattern ristretti di comportamento ed insistenza dell'identità, i pattern cognitivi e le competenze comunicative e pragmatiche.

Nello specifico, per ogni tipologia, è emerso:

INTERAZIONE SOCIALE E COMPETENZE EMOZIONALI

- diagnosi di mutismo selettivo;
- difficoltà o modalità particolari nell'iniziare delle interazioni in reciprocità con gli estranei;
- preferenze per il rapporto 1:1, con il gruppo di bambine fa più fatica non vuole fare quello che decidono loro;
- difficoltà a giocare e ad interagire in modo adeguato con gli altri bambini: non si lascia coinvolgere, necessita di intermediari, difficile l'interazione con i bambini dell'altro sesso;
- fatica a mettere parole sulle proprie emozioni che a volte esternalizza in maniera teatrale;
- manca di finezza nell'espressione delle emozioni sia semplici che complesse e una difficoltà nella condivisione emotiva, espressione emotiva fin troppo intensa;
- esprime sensazioni di frustrazione o rabbia in maniera inappropriata e intensa;
- presenta alti livelli d'ansia (in parte fisiologici per le persone Asperger).

19 GADS (Gilliam Asperger's Disorder Scale): uno strumento di screening per individuare la presenza della sindrome Asperger in bambini e adulti con problemi comportamentali.

20 CASD (Checklist for autism Spectrum Disorder): l'unico strumento che, in linea con il DSM-5, concepisce l'autismo come caratterizzato da un continuum di gravità.

MOVIMENTI O ELOQUIO RIPETITIVI

- osservati alcuni movimenti lievi delle mani nei momenti e dei movimenti con la bocca con dei suoni;
- occasionale cammino in punta.

ROUTINES, PATTERN²¹ RISTRETTI DI COMPORTAMENTO E INSISTENZA NELL' IDENTITA'

- fatica nelle transizioni ovvero fatica ad accettare il cambiamento;
- spaventata dalle cose che per lei sono inusuali,
- perfezionismo;
- va in tilt se non si segue il programma;
- ha un interesse specifico e intenso ma non anomalo per contenuto (Me contro Te, Cry babies magic tears, identificazione con Julie dei Miracle Tunes);
- fissazioni per la pulizia e per il lavarsi le mani;
- indossa indumenti di colori specifici per ogni giorno (esempio: al giovedì vuole indossare una gonna di tulle nera).

PATTERN COGNITIVI

- talento artistico, motorio;
- fantasticherie: parla a lungo da sola;
- alcuni comportamenti ossessivo-compulsivi;
- molto competente nelle materie di studio.

COMPETENZE COMUNICATIVE E PRAGMATICHE, ASPETTI SENSORIALI

Elisa presenta inibizione della comunicazione verbale ma non (non-verbale) con gli adulti e i bambini estranei. Francesca osserva aspetti di:

- ipersensibilità emotiva: ipereccitabilità;
- ipersensibilità tattile: fastidi intensi per alcuni tessuti in particolare le etichette;

²¹ Pattern: interessi o attività manifestati

- ipersensibilità uditiva: le danno fastidio i rumori forti;
- ipersensorialità gustativa: selettività alimentare, mangia poco;
- quando era più piccola non voleva travestirsi;
- si impressiona facilmente;
- tendenza al sovraccarico in situazioni di tensione emotiva, cognitiva, sensoriale.

Oltre all'osservazione clinica sul comportamento, si è somministrato ad Elisa il TEC²²: uno strumento che valuta la comprensione che i bambini hanno della natura delle emozioni, delle loro cause e del modo di regolarle.

Le prove del test hanno dato risultati in media per l'età nei vari ambiti.

Tale osservazione/descrizione semistrutturata prevede l'indagine di 15 categorie:

- Comprensione socio-emotiva;
- Espressione e regolazione delle emozioni;
- Relazione con le persone;
- Uso del corpo;
- Uso dell'oggetto nel gioco;
- Adattamento al cambiamento/interessi ristretti;
- Risposta visiva;
- Risposta uditiva;
- Risposta e uso dei sensi del gusto, dell'olfatto e del tatto;
- Paura e ansia;
- Comunicazione verbale;
- Comunicazione non verbale;
- Abilità integrative cognitive del pensiero;
- Livello e coerenza delle risposte intellettive;
- Impressioni generali del clinico.

I dati complessivi osservativi e riferiti sono serviti alla compilazione della Childhood

22 TEC: test di comprensione delle emozioni.

Autism Rating Scale Second Edition- standard Version (CARS2-HF) che ha dato un punteggio complessivo di 27.5 (minimi segni o nessun disturbo dello spettro autistico range da 15 a 28).

Dall'analisi dei vari dati quantitativi emersi dall'indagine diagnostica è evidente che Elisa non rientra nel disturbo dello spettro dell'autismo ma ne presenta alcuni segni. Il giudizio clinico si orienta nel riconoscere nella bimba delle caratteristiche tipiche della neurodivergenza del fenotipo Asperger femminile ma anche della plusdotazione cognitiva. Il mutismo selettivo di Elisa, in questo particolare momento evolutivo, non permette clinicamente di effettuare ulteriori test specifici al fine di fornire ai soggetti un quadro esaustivo della neurodivergenza.

Francesca ha richiesto un colloquio di confronto tra maestre e psicologhe al fine di tenere le prime costantemente aggiornate sulla diagnosi di Elisa. Al colloquio al quale io stessa ho partecipato, erano presenti le maestre di italiano, di matematica e la psicologa N.M. Le maestre riportano il fatto che Elisa sia l'unica bambina in classe capace di ricordare il maggior numero di nozioni richieste. Inoltre, la maestra di matematica riferisce che con lei Elisa si sforza nel pronunciare almeno l'ultima sillaba della parola richiesta. Questo, come sottolineato dalla psicologa, rappresenta un enorme passo avanti nella diagnosi di Elisa. Le maestre risultano stupite nel vedere che, se Elisa tiene ad una cosa, è più facile che riesca a pronunciare qualche fonema (come per esempio il voler aiutare una compagna in difficoltà).

La maestra di italiano riporta il suo pensiero riguardante il fatto che secondo lei Elisa, leggendo in separata sede e svolgendo compiti solamente scritti, si sia creata la sua zona di confort. Sostiene, dunque, di voler iniziare ad interrogarla in forma scritta al fine di indurla a capire che è più difficile scrivere che parlare. In sostanza vuole mettere Elisa "con le spalle al muro" per indurla a parlare. Ritengo, personalmente, che questa strategia potrebbe solo peggiorare la situazione di Elisa in quanto è proprio nella loro zona confort che i bambini con mutismo selettivo si aprono e si sbloccano perché si sentono a loro agio. Togliendo loro questa situazione di benessere, si va a creare ulteriore disagio che potrebbe portare ad un cronicizzarsi dei sintomi. A darmi conferma di quanto da me espresso è stata la psicologa la quale condivide il fatto di far utilizzare

la forma scritta ad Elisa ma non per la finalità richiesta dalla maestra perché produrrebbe maggiormente ansia alla bambina.

La psicologa N.M. aggiorna le maestre sulle novità degli esami obiettivi svolti ad Elisa. Sottolinea il fatto che secondo lei e secondo la collega V.S. Elisa sia neurodivergente. Riporta inoltre che la condizione attuale di mutismo selettivo della bambina impedisce di approfondire il tipo di neurodivergenza. Ciò nonostante la psicologa sostiene che Elisa presenti delle caratteristiche e tratti del fenotipo di Asperger. Queste sue ipotesi verranno prese in carico dagli psicologi di “La Nostra Famiglia” dove Elisa inizierà un percorso con la neuropsichiatra nella speranza di lenire la difficoltà legata al suo mutismo selettivo dando valore alla sua plusdotazione cognitiva. Le sedute con la psicologa N.M. continueranno in quanto lei andrà a lavorare solo sull'aspetto emotivo della bambina, fattore di fondamentale importanza per il suo mutismo selettivo. La psicologa riporta alle maestre che Elisa ha un vissuto familiare molto importante per una bambina della sua età e che ha sempre trattenuto ogni tipo di emozione. Da qualche mese, però, Elisa accusa di aver paura di vomitare chiudendosi in bagno e pregando affinché questo non avvenga. La psicologa sostiene che Elisa, in questo frangente della sua vita, si sente capace di poter esternare quanto detto e che dunque la sintomatologia non risulta più solo psichica ma psicosomatica. La mamma Francesca riporta il fatto che ogni volta Elisa le dice che ha paura della separazione, che ha paura di morire e che ha paura che tutti i suoi familiari muoiano. Dialogando, in separata sede con Francesca, è emerso che la bambina, circa un paio di mesi fa, ha assistito ad una brutta caduta della nonna materna malata di tumore. Elisa in quel momento, racconta Francesca, è rimasta impassibile e in disparte. Inoltre Francesca riporta che Elisa ha assistito la bisnonna morire poco tempo fa e che adesso disegna tutte bare con le foto delle persone che non ci sono più e che lei stessa conosceva. Al racconto di tutto questo ho ipotizzato che si trattasse di ansia da separazione e che Elisa manifesti questo suo malessere con il mal di pancia e con il costante bisogno di andare in bagno.

Elisa è una grande bambina. Si è trovata di fronte a delle situazioni che erano molto più grandi di lei e, giustamente, ha provato a crearsi una corazza al fine di non rischiare di soffrire ancora di più. Il rapporto travagliato ed ora quasi del tutto inesistente con il

padre ha fatto sì che lei si distaccasse dalla componente maschile della sua vita (tuttora fatica a relazionarsi con i bambini dell'altro sesso). Uno spiraglio si sta aprendo nei confronti di Alessandro, l'attuale compagno della madre il quale le dimostra in tutti i modi di tenerci a lei e alla madre.

Se Elisa raffigura un germoglio che deve fiorire a tutti gli effetti, Francesca per lei rappresenta le sue radici, senza le quali tutti questi progressi fatti non avrebbero avuto senso. È Francesca, oltre che se stessa, che Elisa sta cercando di proteggere. Sentiva il malessere della madre quando era nella sua pancia e percepiva la sua angoscia quando la lasciava in braccio al padre. Ed è grazie alla madre che ora Elisa sa dare un nome a quella difficoltà che spesso tutti le hanno accusato senza esserne a conoscenza.

Elisa ora dice alla mamma: “So che ho il Mutismo Selettivo, non preoccuparti mamma, tornerò a parlare quando me lo sentirò.”.

CONCLUSIONE

La tesi che ho sviluppato muove da un interesse personale verso un'altra tipologia di disturbo d'ansia per la quale io soffro.

Vivendo in prima persona le ripercussioni che l'ansia ha sul corpo e desiderando che nessun'altra persona possa trarne malessere di tipo fisico e psicologico, quando ho incontrato Francesca e sentito la sua storia, ho avuto una stretta allo stomaco.

Una stretta dovuta al fatto che la gente, molto spesso parla senza essere a conoscenza dei fatti, senza conoscere le situazioni e le patologie. Confesso che anche io non avevo mai sentito parlare di mutismo selettivo e dunque, prima di intraprendere una mia qualsiasi interpretazione, ho deciso di informarmi su questo disturbo raro.

Fin da subito, però, ho intuito che in Elisa ci fossero stati degli eventi traumatici che le hanno fatto scattare la necessità di schermirsi dal dolore: la malattia della nonna, il rapporto con il padre, il disagio con le maestre.

Dal colloquio al quale ho assistito, ho capito che manca l'informazione sul mutismo selettivo: le maestre, a distanza di un anno, ancora non hanno ben chiaro il quadro di Elisa perché non sono sufficientemente informate, nonostante gli incontri con le psicologhe e, per tale ragione, possono incorrere a strategie scorrette per far fronte al mutismo selettivo. Ecco perché la mia tesi muove dal bisogno di informare quante più persone possibili sull'esistenza di questo disturbo dando una panoramica sul passato della definizione del disturbo fino all'attuale collocazione. Molto spesso, al mutismo selettivo, vengono diagnosticate delle comorbidità che si insidiano nel giovane come nel caso di Elisa, una bambina affetta da mutismo selettivo che presenta alcune caratteristiche della sindrome di Asperger e della plusdotazione cognitiva.

Ma dal mutismo selettivo si può uscire attuando una salda cooperazione tra i tre nuclei fondamentali: la famiglia, la scuola e la terapia, come enunciato nel secondo capitolo della tesi.

Raccontare la storia di Francesca e di Elisa è stata un'esperienza molto intensa per me. Ho percepito lo stato d'animo di entrambe ad ogni singolo racconto e mi sono immedesimata all'interno del contesto scolastico e terapeutico tramite la

documentazione fornita. Ad ogni incontro mi sono chiesta: “Come può una bambina così piccola essere così forte di fronte a certe dinamiche?”.

Questa è stata la questione che mi ha accompagnato lungo tutta la stesura di questo elaborato. Ora ne so dare una risposta: i bambini sono dotati di una forza d'animo per la quale noi adulti possiamo solo imparare da loro.

Elisa ha preferito il silenzio alle parole e fa dei suoi occhi la sua più alta forma di espressione comunicativa ed emozionale. Elisa è una bambina molto intelligente, ha capito fin dai primi incontri con le terapisti di avere una sua caratteristica particolare e, mantenendo la concentrazione ad ogni seduta, ha saputo battezzare questa sua caratteristica. Dico caratteristica perché il mutismo selettivo non è una malattia, non è un disturbo che fa sentire la persona sbagliata o non all'altezza delle altre persone. Il mutismo selettivo è la particolarità delle persone ossessive, di quelle che sanno cogliere i malesseri più insiti degli altri e, malgrado loro, se li fanno propri.

Elisa mi ha insegnato che, prima degli altri, bisogna voler bene a se stessi, che se una cosa non la si vuole fare, nessuno può infierire su questa decisione. Elisa mi ha insegnato la perseveranza nel rispettare se stessi prima di altri, mi ha insegnato a rispettare i propri tempi non curandosi dell'oppressione della gente.

BIBLIOGRAFIA

- Emanuela Iacchia, Paola Ancarani, *Momentaneamente silenziosi, Guida per operatori, insegnanti e genitori di bambini e ragazzi con mutismo selettivo*, Franco Angeli, Milano, 2018.
- Lorenza Isola, Giuseppe Romani, Francesco Mancini, *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza, Nuovi sviluppi*, Franco Angeli, Milano, 2019.
- Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia, Michele Monticelli, *Mutismo selettivo, Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*, Franco Angeli, Milano, 2018.
- Flavia Capozzi, Filippo Manti, Virginia Sirchia, Francesca Piperno, *Il Mutismo Selettivo*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.
- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5-TR*, edizione italiana a cura di Giuseppe Nicolò, Enrico Pompili e Massimo Biondi, Raffaello Cortina Editore, Varese, 2023

SITOGRAFIA

- <https://www.istitutodipsicopatologia.it/di-cosa-ci-occupiamo/disturbo-dansia-sociale/> (visitato il 14 luglio 2023)
- <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/disturbie-volutivi-e-dell-apprendimento/disturbo-da-deficit-di-attenzione-iperattivita-adhd> (visitato il 14 luglio 2023)
- <https://apc.it/disturbi/disturbi-eta-evolutiva/oppositivo-provocatorio/disturbo-oppositivo-provocatorio-descrizione-e-terapia/> (visitato il 14 luglio 2023)
- <https://ouvrirlavoix.fr/le-kit-ecole/> (visitato il 1 settembre 2023)
- <https://aimuse.it/consigli-per-gli-insegnanti-di-un-bambino-con-mutismo-selettivo/> (visitato il 1 settembre 2023)
- https://www.google.it/searchsca_esv=562189215&sxsrf=AB5stBge5bEWIJf86VtVCDQjM5t2egNvQ:1693664654188&q=il+terMOMETRO+DELL+ANSIA&tbm=isch&source=lnms&sa=X&ved=2ahUKEwjh7NLAkIyBAxVaSPEDHWzHCEYQ0pQJegQICBAB&biw=1366&bih=619&dpr=1#imgcr=NajbkAuAiIVsPM (visitato il 1 settembre 2023).

AUTORIZZAZIONE UTILIZZO DATI PERSONALI

La sottoscritta ***Limuti Francesca***, nata a **Treviso** il **05/08/1988**

autorizza

la studentessa ***Cavarzan Francesca*** matricola 1232977, nata a **Castelfranco Veneto (TV)** il **25/06/1994** frequentante il corso di Laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione presso l'Università degli Studi di Padova

ad utilizzare

i dati personali, i quesiti diagnostici e la documentazione della propria figlia
Limuti Elisa, nata a **Treviso** il **10/02/2016**

relativa al

MUTISMO SELETTIVO

per la stesura del suo elaborato finale intitolato

**“IL MUTISMO SELETTIVO: CAUSE E STRATEGIE D'INTERVENTO IN
ETA' INFANTILE ”**

data e luogo

18/09/2023

Povegliano,TV

firma

RINGRAZIAMENTI

Per la riuscita di questo elaborato devo ringraziare la mia Tutor docente Vittoria Feola in quanto si è prodigata molto nell'aiutarmi, supportarmi e spronarmi fino alla fine.

Alla mia famiglia dico grazie per aver continuato a credere in me anche quando io non l'ho più fatto e in particolar modo grazie a mia sorella Paola senza la quale non sarei riuscita ad affrontare un nuovo percorso di studi ricominciando tutto dall'inizio.

Adrian: sei la mia dipendenza più dolce, la mia ispirazione più forte. Ti amo. Grazie.

Al mio cane Argo, nonché la mia vittoria più grande, dico grazie per aiutarmi a gestire la mia ansia.

E a voi, Francesca ed Elisa, sono profondamente riconoscente e grata per avermi permesso di raccontare la vostra storia ed per averne fatto parte cercando, per quanto a me concesso, di aiutarvi divulgando il più possibile tutto quello che ho appreso nella stesura di questo elaborato. L'incontro con te, piccola Elisa, è stato prezioso. Ci siamo sentite entrambe al nostro agio dialogando nel modo a noi concesso. Ti sei fidata e ti sei divertita assieme a me. Abbiamo scoperto di avere le stesse passioni: il rosa, la ginnastica artistica ed i cagnolini. Hai voluto mostrarmi i tuoi album di quando eri piccola, cosa non molto scontata. Tramite la mamma mi hai invitata a cena per una serata solo donne. Mi hai preso la mano e mi hai accompagnata. Fa bagaglio di queste situazioni e concediti di sorridere sempre come hai fatto con me. Sei bella piccola Elisa, in tutti i tuoi particolari, ricordatelo sempre.

con affetto,

Francesca