

Il Mutismo Selettivo: un disturbo così difficile di cui parlare. Quale ruolo per l'educatore professionale? Uno studio su caratteristiche cliniche, credenze e strategie di coping.

Elena Tenconi¹, Federica Pivetta², Emanuela Iacchia³

¹Dipartimento di Neuroscienze, Università degli studi di Padova e Padova Neuroscience Center; ²Corso di studi in Educazione Professionale, Università degli studi di Padova; ³Comitato scientifico dell'Associazione Italiana Mutismo Selettivo e Università di Lugano

Sinossi: *Introduzione:* Il Mutismo Selettivo (MS), rientra oggi tra i Disturbo d'ansia ed è caratterizzato dalla costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche, in assenza di un disturbo strutturale del linguaggio. Il modello eziopatogenetico più accreditato appare di natura multifattoriale e il trattamento di prima linea è la psicoterapia, in particolare l'intervento di matrice cognitivo-comportamentale integrato, con uno specifico focus sulla riduzione dei sintomi ansiosi e sul miglioramento dell'espressione delle emozioni. *Obiettivi:* Il presente lavoro si è posto l'obiettivo di meglio chiarire le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con MS attraverso uno studio trasversale e di indagare esito, fattibilità e accettabilità di una terapia residenziale attraverso uno studio longitudinale. *Metodi:* La valutazione testistica è stata somministrata online e ha compreso sia strumenti standardizzati volti ad indagare la psicopatologia (ansia, inibizione sociale, regolazione delle emozioni) già presenti in letteratura, sia domande costruite ad hoc per lo studio qui presentato (caratteristiche di coping e auto ed eteropercezione). *Risultati:* Allo studio hanno partecipato 17 giovani (età media di 16,7±3,2 anni), 5 hanno risposto alla valutazione di follow-up (studio longitudinale). Il 71% dei partecipanti non ha nessun rapporto amicale e il 23,5% ha abbandonato gli studi. Il campione presenta una preponderanza di sintomi ascrivibili al disturbo d'ansia sociale (YAM-5 media 14,0±3,7), presenta difficoltà di regolazione delle emozioni (DERS totale media 66,59±9,5) ed elevata inibizione sociale (SIQ-15 media 36,1±4,9). In una scala da 1 a 10 le emozioni più rappresentative sono risultate l'imbarazzo (media 9,41±1,0) e la vergogna (media 9,1±1,4) con una moderata percezione di bisogno di aiuto (media 7,2±1,8). Dallo studio longitudinale si osserva una riduzione significativa della sintomatologia ansiosa (t 4,557 p 0,01) al T₁ con un inatteso aumento della sintomatologia ascrivibile al MS (t -3,92 p 0,02), forse dovuto ad una maggiore consapevolezza. Si è inoltre osservato un miglioramento nella regolazione delle emozioni (t 4,52 p 0,01) e una minor inibizione sociale (t 4,99 p 0,01). Anche per quanto riguarda l'intensità delle emozioni esperite, si osserva una riduzione significativa di imbarazzo, vergogna e senso di impotenza, con una significativa riduzione della percezione di aver bisogno di aiuto al T₁. *Discussione:* I risultati confermano le difficoltà di regolazione delle emozioni, l'inibizione sociale e la preponderanza di sintomatologia ansiosa nei giovani che soffrono di MS. Dallo studio longitudinale si osserva come la Terapia residenziale non solo sia fattibile, ma sembra anche aver determinato importanti cambiamenti nella psicopatologia. Vi è un impellente bisogno di incrementare le ricerche sulla cura del MS al fine di accelerare il processo di uscita dal silenzio e il recupero di un vivere pieno e soddisfacente.

¹ Ha ideato la ricerca, analizzato i dati e supervisionato il documento.

² Ha raccolto i dati scritto il documento e raccolto la bibliografia.

³ Ha sviluppato il protocollo di intervento e ha supervisionato la raccolta dati e la stesura del documento.

Parole chiave: Mutismo Selettivo, Disturbo d'Ansia, Adolescenti, Terapia residenziale, Educatore Professionale

Abstract: *Introduction:* Selective Mutism (MS) falls within the category of Anxiety disorders and is characterized by a constant inability to speak in specific social situations, in the absence of a structural speech disorder. The most accredited etiopathogenetic model appears to be multifactorial in nature and the first-line treatment is psychotherapy, in particular integrated cognitive-behavioral intervention, with a specific focus on reducing anxiety symptoms and improving the expression of emotions. *Objectives:* The present research aimed to better clarify the clinical and psychological characteristics of a group of adolescents with MS through a cross-sectional study and to investigate outcome, feasibility and acceptability of residential therapy through a longitudinal study. *Methods:* The assessment was administered online and included both standardized tools aimed at investigating psychopathology (i.e., anxiety, social inhibition, emotion regulation) already found in the literature, and questions devised ad hoc (concerning coping characteristics and self- and hetero-perception). *Results:* Seventeen young people participated in the study (mean age 16.7 ± 3.2 years), 5 youngs also attended to the follow-up assessment (longitudinal study). 71% of the participants had no friendships and 23.5% had dropped out of school. The sample shows a preponderance of symptoms attributable to social anxiety disorder (YAM-5 mean score 14.0 ± 3.7), has difficulties with emotion regulation (DERS total mean score 66.59 ± 9.5) and high social inhibition (SIQ-15 mean score 36.1 ± 4.9). On a scale of 1 to 10, the most representative emotions were embarrassment (mean 9.41 ± 1.0) and shame (mean 9.1 ± 1.4) with a moderate perception of needing help (mean 7.2 ± 1.8). The longitudinal study reported a significant reduction in anxiety symptomatology ($t 4.557$ $p 0.01$) at T₁ with an unexpected increase in MS-attributable symptomatology ($t -3.92$ $p 0.02$), possibly due to increased awareness. An improvement in emotion regulation ($t 4.52$ $p 0.01$) and less social inhibition ($t 4.99$ $p 0.01$). With regard to the intensity of the emotions experienced, there is also a significant reduction in embarrassment, shame and feelings of helplessness, with a significant reduction in the perception of needing help at T₁. *Discussion:* Results confirm the presence of difficulties in emotion regulation, social inhibition and the preponderance of anxiety symptoms in young people suffering from MS. The longitudinal study shows that residential therapy is not only feasible, but also seems to have brought about important changes in psychopathology. There is an urgent need for more research on the treatment of MS in order to accelerate the process of coming out of silence and the recovery of a full and satisfying life.

Key words: Selective Mutism, Anxiety Disorder, Adolescents, Residential Therapy, Professional Educator

Introduzione

Il Mutismo Selettivo (MS) è classificato dal DSM-5 (APA, 2013) nei Disturbi d'ansia ed è definito come “un disturbo caratterizzato da una forte ansia che blocca la parola in alcuni ambienti, situazioni e con taluni interlocutori. Chi soffre di MS vorrebbe parlare, ma non ci riesce; secondo la letteratura si attiverebbe un circuito di blocco emozionale (freezing), responsabile della compromissione del funzionamento (Yeganeh et al., 2003). Si tratta di una condizione d'incapacità dovuta appunto all'ansia, non di rifiuto o sfida; infatti, nelle circostanze in cui l'ansia non è elevata, i soggetti parlano normalmente” (Iacchia, Ancarani, 2018). Le basi patofisiologiche appaiono ancora poco chiare e più che un'unica causa, si individua un'ipotesi multifattoriale basata sulla combinazione sfavorevole di diverse componenti (familiarità, vulnerabilità genetica, aspetti temperamentali e ambientali) che, interagendo tra loro, possono costituire per il bambino una situazione di rischio e predisporre allo sviluppo del disturbo (Capobianco, 2009). Il trattamento del MS è orientato primariamente alla riduzione dei sintomi ansiosi, all'eliminazione dei rinforzi negativi, al miglioramento dell'autostima e all'espressione delle emozioni (Iacchia, Ancarani, 2018; Rezzonico et al., 2018). Tra le diverse tipologie di approccio, l'intervento psicologico rappresenta la prima linea di cura (Manassis et al., 2007) e in particolare la terapia cognitivo-comportamentale è quella maggiormente utilizzata. Per quanto riguarda l'intervento farmacologico, i farmaci di prima linea sono gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) (Kaakeh, Stumpf, 2008), efficaci anche nel trattamento dell'ansia e della fobia sociale (Hua, Major, 2016), che tuttavia devono essere prescritti all'interno di una presa in carico globale della persona e dei suoi familiari, qualora si tratti di un minore.

Il presente lavoro si è posto l'obiettivo di meglio chiarire le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con MS che hanno partecipato ad un intervento intensivo residenziale, costruito ad hoc per questo tipo di disturbo, strutturato in modo tale da accelerare i processi di sblocco emotivo e comportamentale, così da favorire un'apertura alla verbalizzazione. Dato lo specifico contesto esperienziale creato dall'intervento residenziale qui proposto, la figura dell'Educatore Professionale (EP) riveste un ruolo chiave nell'accompagnamento del giovane con MS. L'EP può restare accanto ai/alle giovani fuori dalla stanza della terapia individuale accompagnandoli/e nel mantenimento dell'apertura alla relazione, nel favorire i rapporti con il mondo esterno, nella sperimentazione di situazioni nuove fino ad una progressiva e graduale conquista dell'autonomia personale, che possa poi essere estesa alla vita quotidiana, oltre il contesto terapeutico. In particolare, sono stati condotti due studi:

- Uno trasversale volto ad indagare le caratteristiche cliniche e psicopatologiche di un gruppo di 17 giovani con diagnosi di MS. L'indagine ha esplorato diversi ambiti, nello specifico ci si è voluti soffermare su: sintomi ansiosi, paure e gestione delle emozioni, tratti personologici, esperienze soggettive, rapporti interpersonali, abilità di coping e bisogni.
- Uno longitudinale, volto ad indagare fattibilità, accettabilità ed esito di una terapia residenziale, chiamata ‘Vacanzina terapeutica’, proposta dall'Associazione Italiana Mutismo Selettivo (AIMuSe). Si è voluto valutare un sottogruppo di giovani (N 5), in particolare tutti i ragazzi che hanno partecipato all'esperienza terapeutica e che hanno accettato di partecipare allo studio in due tempi, prima della ‘vacanzina terapeutica’ (T₀) e a distanza di 1 anno dalla stessa (T₁).

Infine, vista la complessità del disturbo in oggetto (Kearney & Rede, 2021), si è voluto riflettere sugli aspetti educativi della presa in carico del MS, con un particolare focus sul peculiare ruolo rivestito dall'EP, all'interno dell'équipe coinvolta nella cura di chi soffre di MS.

Materiali e metodi

Lo studio trasversale ha visti coinvolti 17 giovani, 6 maschi e 11 femmine di età compresa tra i 12 e i 26 anni con diagnosi di MS.

Allo studio longitudinale hanno invece partecipato 5 adolescenti che si sono resi disponibili a sottoporsi alle due valutazioni a luglio 2022 (T₀) e ad un anno di distanza, a luglio 2023 (T₁), dalla ‘vacanzina terapeutica’, una forma di terapia residenziale organizzata da AIMuSe, condotta sotto la supervisione di EI. Si tratta di un periodo di quattro giorni trascorsi lontano da casa, finalizzati ad

incrementare l'interazione interpersonale quotidiana; è un intervento che vuole accelerare una serie di processi e che vede i ragazzi e gli operatori vivere insieme 24/24 ore, in una intensa parentesi dall'isolamento silenzioso della normalità, ove si sperimentano una varietà di emozioni e interazioni finalizzate a favorire lo sblocco comportamentale e, per alcuni, anche verbale. La figura dell'EP accompagna i partecipanti in uno spazio libero dalle tensioni, ove si può affrontare la propria paura attraverso il coinvolgimento giocoso e divertente in attività gruppali, così da favorire situazioni spontanee di gioco ed interazione (verbale e non verbale) ove la parola può essere espressa spontaneamente per necessità interattive, senza che essa debba sottostare ad aspettative prestazionali o a esplicite richieste altrui. L'EP può inoltre vedere un suo coinvolgimento nel lavoro con genitori e fratelli/sorelle favorendo, potenziando ed esplicitando il ruolo implicito di co-terapeuti che le famiglie sempre assolvono, seppur spesso senza serbarne consapevolezza. Durante la terapia residenziale si svolgono numerose attività che comprendono momenti di gioco, così come spazi dedicati alla riflessione su se stessi. L'obiettivo principale è quello di ridurre i livelli di ansia, sperimentare l'autonomia e aprirsi alla relazione. Questo tipo di intervento intensivo si svolge in due anni attraverso tre momenti: una prima 'vacanzina' a luglio, una seconda durante le vacanze invernali che funge da follow-up e un'ultima l'estate successiva per consolidare i progressi personali raggiunti.

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

La valutazione testistica per entrambi gli studi (trasversale e longitudinale) è stata somministrata online, attraverso la piattaforma gratuita "Google Moduli" e ha compreso sia strumenti standardizzati già presenti in letteratura, sia domande costruite ad hoc per lo studio qui presentato. È importante sottolineare che il supporto e l'affiancamento degli operatori ha costituito una risorsa indispensabile per la compilazione dei questionari da parte delle/dei pazienti. Il MS, infatti, non solo lascia chi ne è affetto nel silenzio ma, come la maggior parte dei disturbi d'ansia, determina un massiccio evitamento delle situazioni fonte di possibile disagio (Iacchia, Ancarani, 2018) come, ad esempio, la compilazione di una serie di domande online.

Gli strumenti utilizzati sono:

- Lo Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5), per la valutazione dei principali disturbi d'ansia e fobici;
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-20), come misura delle abilità di regolazione emotiva;
- L'Autism Spectrum Quotient (AQ-10), considerato uno strumento di screening per la rilevazione della presenza di tratti autistici (cut-off ≥ 6);
- Il Social Inhibition Questionnaire (SIQ-15), che indaga specificatamente l'inibizione sociale;
- Il termometro delle emozioni, che ha valutato l'intensità dei seguenti specifici stati emotivi: imbarazzo, vergogna, diffidenza, impotenza e autopercezione del bisogno di aiuto (scala 1-10);

Per quanto riguarda invece l'indagine costruita ad hoc, si sono indagati i tre luoghi/situazioni maggiormente temuti (scala 1-6, dove 1: gestisco senza problemi e 6: totale evitamento), si è valutata l'auto-percezione (come la persona si percepisce rispetto agli altri in scala 1-6) e l'etero-percezione (come si ritiene gli altri ci percepiscano sempre in scala 1-6). Si sono proposte un paio di domande relative alla percezione soggettiva dell'ambiente circostante (scala 1-6) e cinque domande relative alla sintomatologia somatico-vegetativa (scala 1-4) (in particolare, mal di pancia, nausea, mal di testa, mancanza di respiro e stanchezza).

Risultati⁴

Le analisi statistiche sono state condotte con il Software SPSS versione 28 (2021), si è utilizzata la statistica del t-Student per campioni appaiati per i confronti fra i due tempi e il Chi-Quadrato per i confronti fra frequenze. Si è assunta una soglia di significatività statistica pari a $p < 0,05$.

Il campione indagato ha visto il coinvolgimento di 17 partecipanti (11 femmine e 6 maschi) con un'età media di $16,7 \pm 3,2$ anni (range 11,9-26,2) e una scolarità media di $10,0 \pm 1,6$ anni (range 7-13).

Dall'analisi dei dati, emerge che il 76,5% attualmente studia, mentre il 23,5% ha interrotto il percorso scolastico. Dei 17 partecipanti, solo 5 (29%) assumono una terapia farmacologica (soprattutto SSRI e antipsicotici). Il 71% riporta di non avere alcun rapporto amicale, mentre del 29% che riporta di avere amici, di questi 4 riferiscono di avere almeno 1 amico non appartenente alla sfera dei familiari, uno riporta di frequentare il gruppo Scout e uno riferisce la sorella come relazione amicale. Nessuno dei 17 partecipanti riporta una relazione intima (partner).

La seconda sezione dei questionari ha indagato gli aspetti clinici, concentrandosi su ansia/paure/fobie e sulla gestione delle emozioni. Il punteggio YAM-5 totale è dato dalla somma dei punteggi forniti ai disturbi d'ansia maggiori (media di $27,82 \pm 6,5$) e alle fobie (media $6,41 \pm 3,3$) (Grafico 1).

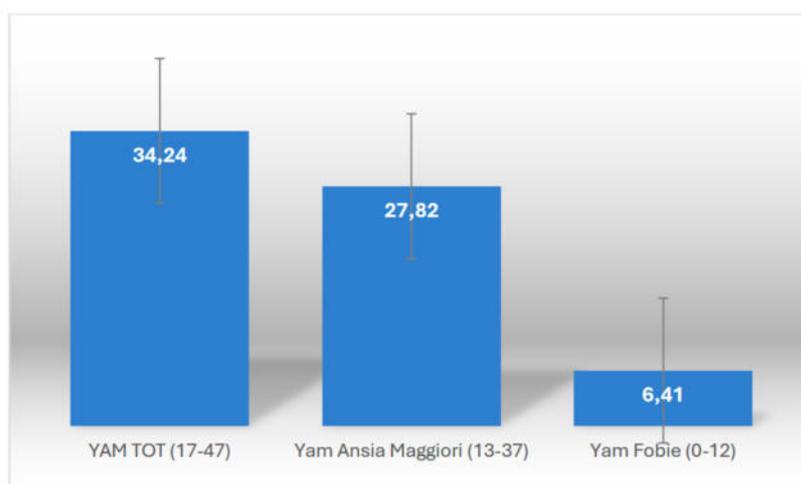


Grafico n. 1: YAM-5 punteggi compositi

In Tabella I si osserva come il campione indagato presenti una preponderanza di sintomi ascrivibili al disturbo d'ansia sociale, rispetto sia al mutismo selettivo, sia al disturbo d'ansia generalizzata, sia alle fobie.

⁴ Data la scarsa numerosità campionaria, si sono riportati i confronti significativi confermati anche dalla statistica non parametrica.

| Partecipanti N. 17 | | |
|-----------------------|----------------|-------|
| | Media \pm ds | Range |
| Mutismo selettivo | 1,9 \pm 1,7 | 0-5 |
| Ansia sociale | 14 \pm 3,7 | 7-18 |
| Ansia generalizzata | 11,9 \pm 3,3 | 6-18 |
| Fobie specifiche | 1,9 \pm 1,1 | 0-3 |
| Fobie situazionali | 3,1 \pm 1,7 | 0-6 |

Tab. I: Statistiche descrittive YAM-5

Il grafico 2 riassume la distribuzione dei punteggi medi ottenuti alla YAM-5.

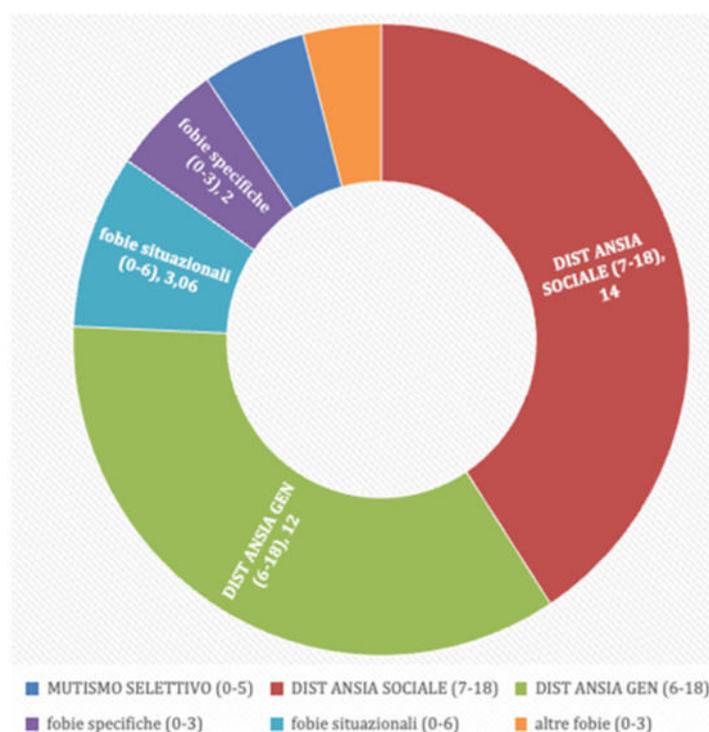


Grafico n. 2: YAM-5 sottoscale

Per quanto riguarda invece le abilità di regolazione delle emozioni, ove a punteggi elevati corrisponde una maggior difficoltà di regolazione delle emozioni, si osserva come la media del campione indagato sia piuttosto elevata (DERS punteggio totale 66,59 \pm 9,5; range 20-100), mentre per le cinque sottoscale, osserviamo come le difficoltà maggiori riguardino la sottoscala della Non accettazione delle risposte emozionali (18,4 \pm 3,3), seguita rispettivamente da Obiettivi (15,2 \pm 2,9), caratterizzata da una difficoltà ad adottare comportamenti orientati verso un obiettivo, Difficoltà di

controllo degli impulsi ($12,3\pm 3,7$), Difficoltà nel riconoscimento degli stati emotivi ($10,5\pm 2,3$) e Ridotta consapevolezza ($10,1\pm 2,4$) (Grafico 3).

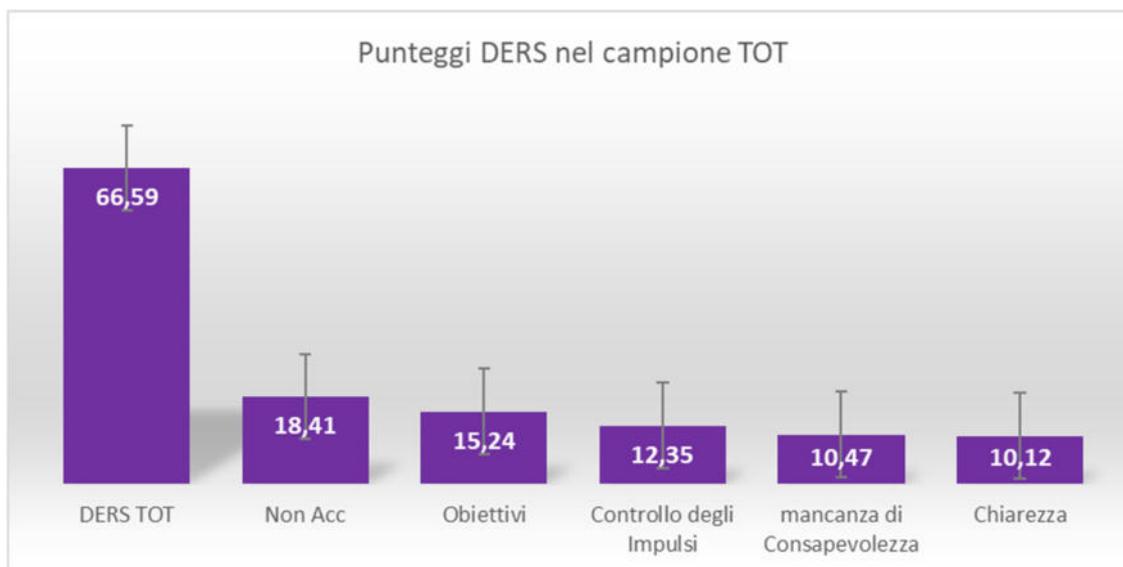


Grafico n. 3: Punteggi DERS 20 e sottoscale

Si sono poi indagati aspetti ritenuti più stabili della personalità, quali la presenza di tratti autistici (AQ-10) e l'inibizione sociale, attraverso la somministrazione del SIQ-15, con le sue sottoscale, ove a punteggi maggiori corrisponde una maggior inibizione sociale (range 0-45). In generale, possiamo dire come il campione non si caratterizzi per una preponderanza di tratti autistici (media $4,4\pm 2,3$), mentre si caratterizza per elevata inibizione sociale (Tabella II).

| Partecipanti | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| N. 17 | | |
| | Media \pm ds | Range |
| SIQ-15 totale | $36,1 \pm 4,9$ | 26-42 |
| Sensibilità interpersonale | $12,9 \pm 2,2$ | 8-15 |
| Evitamento sociale | $11,1 \pm 2,5$ | 6-15 |
| Inibizione comportamentale | $9,3 \pm 2,0$ | 5-13 |

Tab. II: Statistiche descrittive SIQ-15, punteggio totale e sottoscale

Per quanto riguarda l'autopercezione dell'intensità emotiva (termometro delle emozioni), si nota come l'imbarazzo (media $9,41\pm 1,0$) e la vergogna (media $9,1\pm 1,4$) siano le emozioni esperite con maggior intensità, a fronte di una moderata percezione di bisogno di aiuto (media $7,2\pm 1,8$) (Grafico 4).

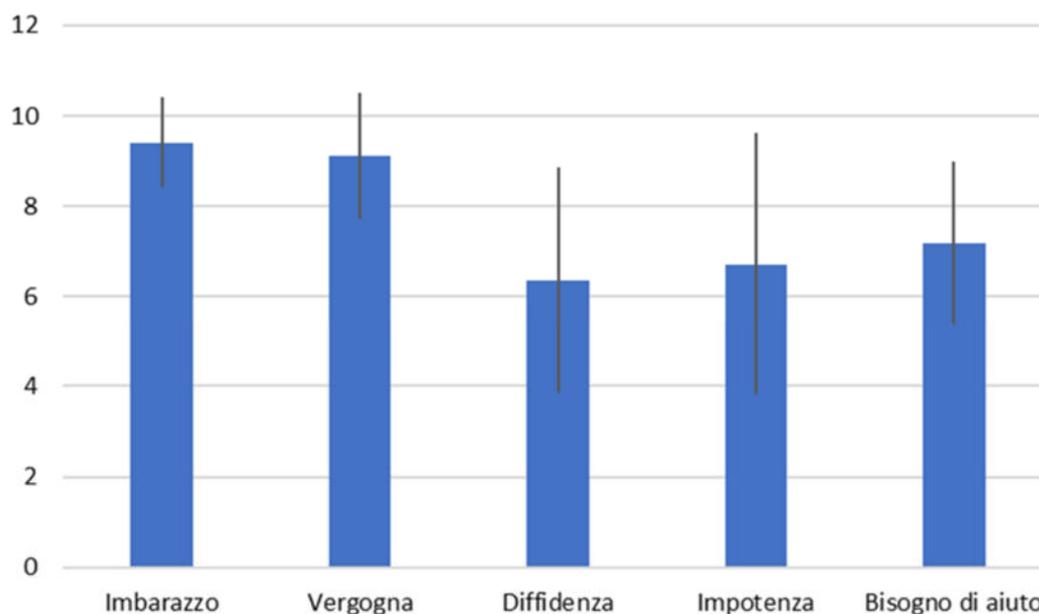


Grafico n. 4: Termometro delle emozioni

Per quanto riguarda i luoghi/situazioni temuti, emerge come la non familiarità dei luoghi costituisca per i più motivo di evitamento, seguita dalla scuola. Per quanto riguarda la presenza di sintomi vegetativi (possibili somatizzazioni) si osserva come la stanchezza (media $1,0 \pm 0,5$) sia il sintomo maggiormente lamentato, seguito dal mal di pancia (Grafico 5).

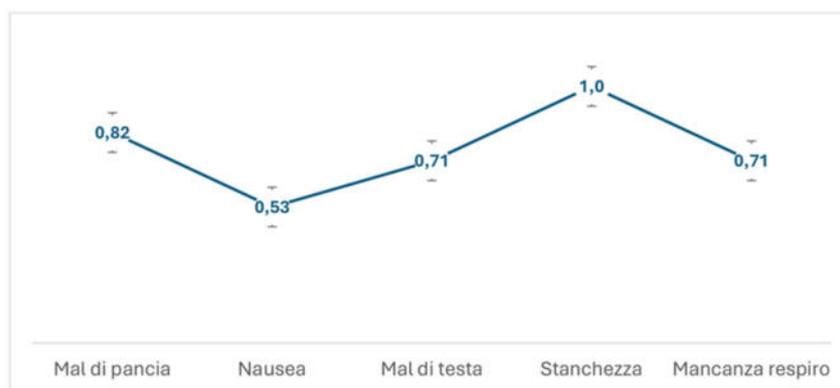


Grafico n. 5: somatizzazione delle emozioni

Dall'analisi di come le ragazze e i ragazzi si percepiscono, controintuitivamente emerge come essi dichiarino di sentirsi capaci e sicuri (Grafico 6), mentre per quanto riguarda l'eteropercezione (come pensano di essere visti dagli altri) emerge una generale riduzione dei punteggi con la percezione di non essere percepiti come sicuri, forti, competenti dagli altri (Grafico 7). In sostanza emerge la tendenza a percepirsi meglio di come si ritiene di essere visti/percepiti dagli altri.

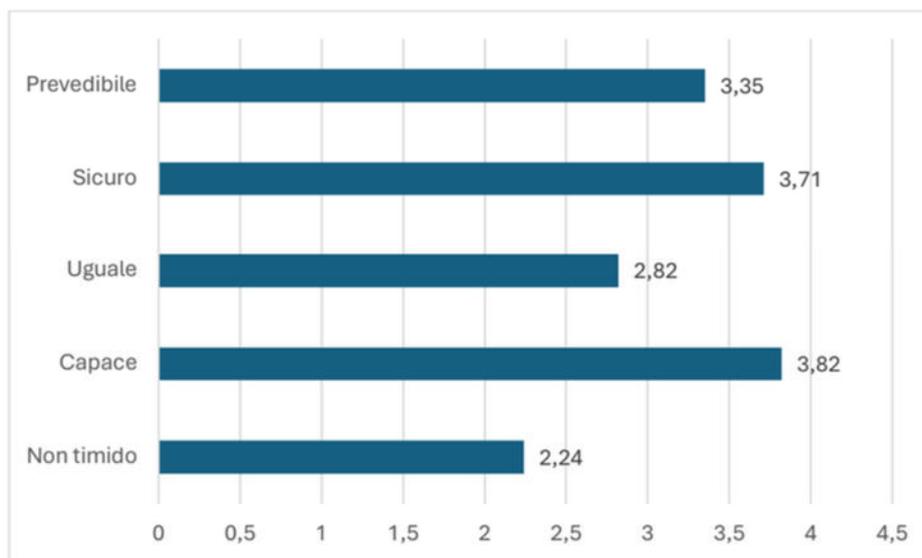


Grafico n. 6: Autopercezione

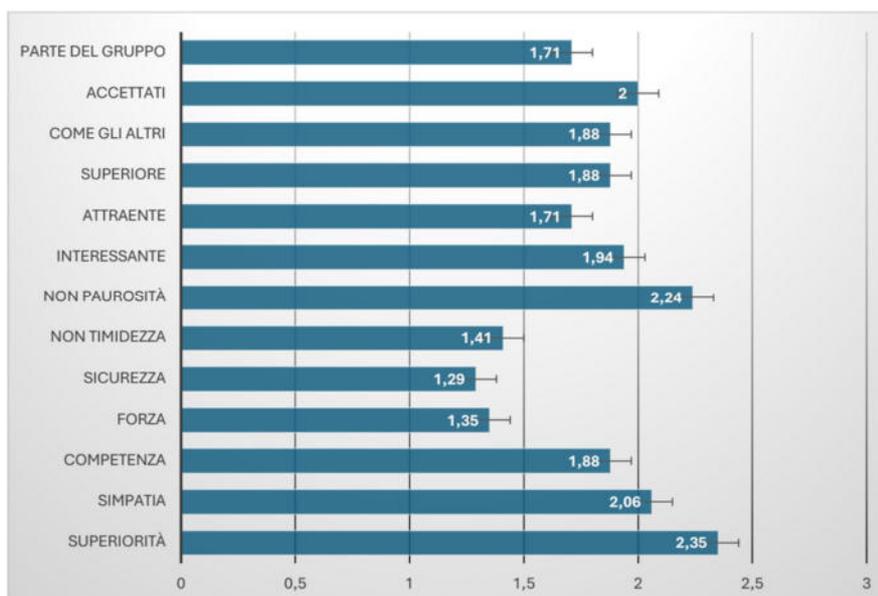


Grafico n. 7: Eteropercezione

Suddividendo il campione in base alla presenza di tratti tipici dell'autismo (6/17, 35% rientra sopra il cut-off di $AQ-10 \geq 6$), non osserviamo differenze allo YAM-5, si osservano invece maggiori difficoltà di regolazione delle emozioni nel gruppo con tratti autistici. In particolare, il punteggio DERS totale medio nel sottogruppo con elevati tratti autistici è di $74,2 \pm 7,4$ rispetto al $62,4 \pm 8,0$ di chi non presenta tratti autistici ($t -3,02$ p 0,006) e sottoscala Obiettivi rispettivamente $18,00 \pm 2,3$ vs $13,7 \pm 2,0$ ($t -3,95$ p <0,001). Si osservano anche maggior inibizione sociale al SIQ-15, sia nel punteggio totale medio, rispettivamente $39,3 \pm 2,2$ vs $34,4 \pm 5,1$ ($t -2,794$ p 0,007) e nell'inibizione comportamentale media rispettivamente $11,00 \pm 1,7$ vs $8,36 \pm 1,6$ ($t -3,240$ p 0,003). Inoltre, chi ha elevati tratti autistici si percepisce significativamente più impotente ($9,00 \pm 0,9$ vs $5,45 \pm 2,8$; $t -3,85$ p 0,002) e diffidente ($8,0 \pm 2,2$ vs $5,45 \pm 2,3$; $t -2,189$ p 0,04).

Allo studio longitudinale hanno partecipato 5/17 adolescenti valutati al T₀, 2 femmine e 3 maschi. Non emergono differenze significative per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci e il numero di amici. Per quanto riguarda i punteggi dello YAM-5, è possibile affermare che questo, valutato nei due tempi, cambia in tutti i suoi parametri ad eccezione dei valori delle fobie specifiche, che erano già poco rappresentate al T₀ e che restano invariate (Tabella III).

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

Tab. III: Punteggi medi YAM-5 nei due tempi

Nel Grafico 8 è rappresentata la sintomatologia ansiosa così come riportata dai partecipanti nei due tempi allo YAM-5 (punteggi compositi). In particolare, si osserva una differenza significativa nello YAM-5 totale (t 4,557 p 0,01) e nei Disturbi d'ansia maggiori (t 3,586 p 0,02) nei due tempi, con una significativa riduzione della sintomatologia al T₁.

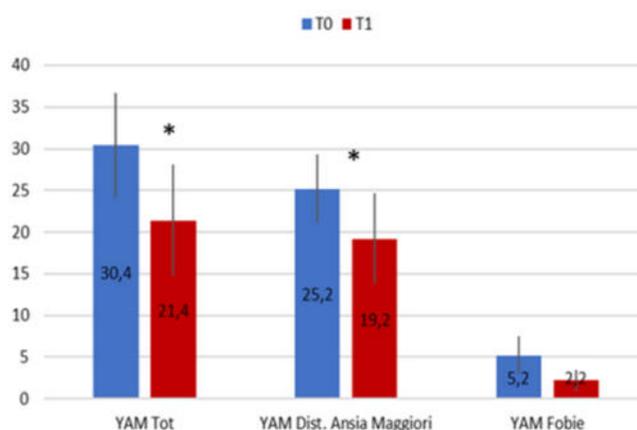


Grafico n. 8: YAM-5 nei due tempi

Nel confronto dei risultati a T₀ e T₁ (Tabella IV e Grafico 9) per quanto riguarda la regolazione delle emozioni (DERS 20) e l'inibizione sociale (SIQ-15 e Grafico 10), si nota un miglioramento significativo in entrambi.

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

Tab. IV: confronto dei risultati a T₀ e T₁ nel DERS e SIQ

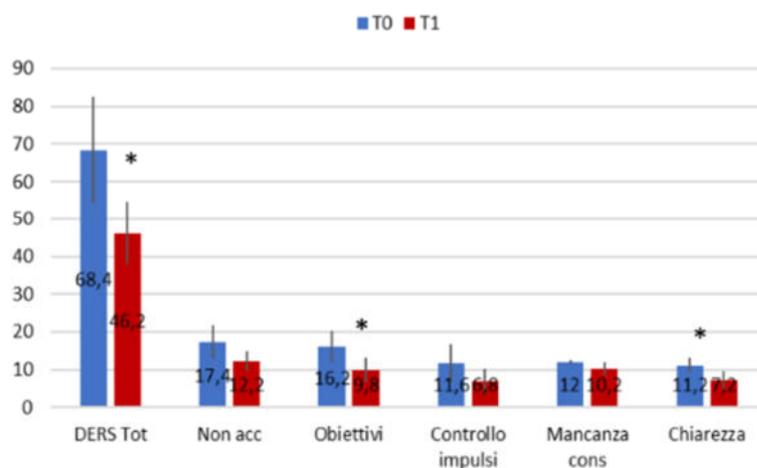


Grafico n. 9: Punteggi medi delle sottoscale della DERS 20 nei due tempi

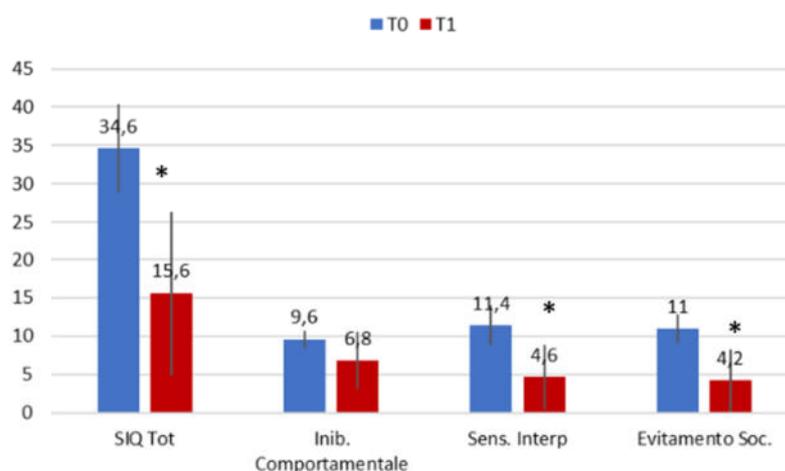


Grafico n. 10: Punteggi medi SIQ-15 e sottoscale nei due tempi

Anche per quanto riguarda l'intensità delle emozioni esperite, si osserva una riduzione significativa di imbarazzo, vergogna e senso di impotenza (Tabella V e Grafico 11), con una significativa riduzione della percezione di aver bisogno di aiuto al T₁.

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

Tab. V: Punteggi medi termometro delle emozioni nei due tempi

Rispetto all'autovalutazione, le ragazze e i ragazzi si percepiscono significativamente più simpatici (t -3,500 p 0,02), forti (t -4,8111 p 0,001), non timidi (t -0,5880 p 0,004), non paurosi (t -3,207 p 0,03), attraenti (t -3,500 p 0,025), uguali agli altri (t -5,880 p 0,004) e accettati (t -3,521 p 0,02) al T₁ rispetto al T₀.

Per quanto riguarda l'eterovalutazione, il gruppetto si sente percepito come maggiormente uguale agli altri, rispetto al T₀ (t -3,500 p 0,02).

La paura per i luoghi temuti al T₁ in generale decresce significativamente, passando da una media di 9,33 (±0,6) a 2,77 (±0,7) (t 15,15 p 0,004).

Non si osservano invece differenze nelle lamentele somatiche nei due tempi, caratteristica che appare dunque relativamente stabile.

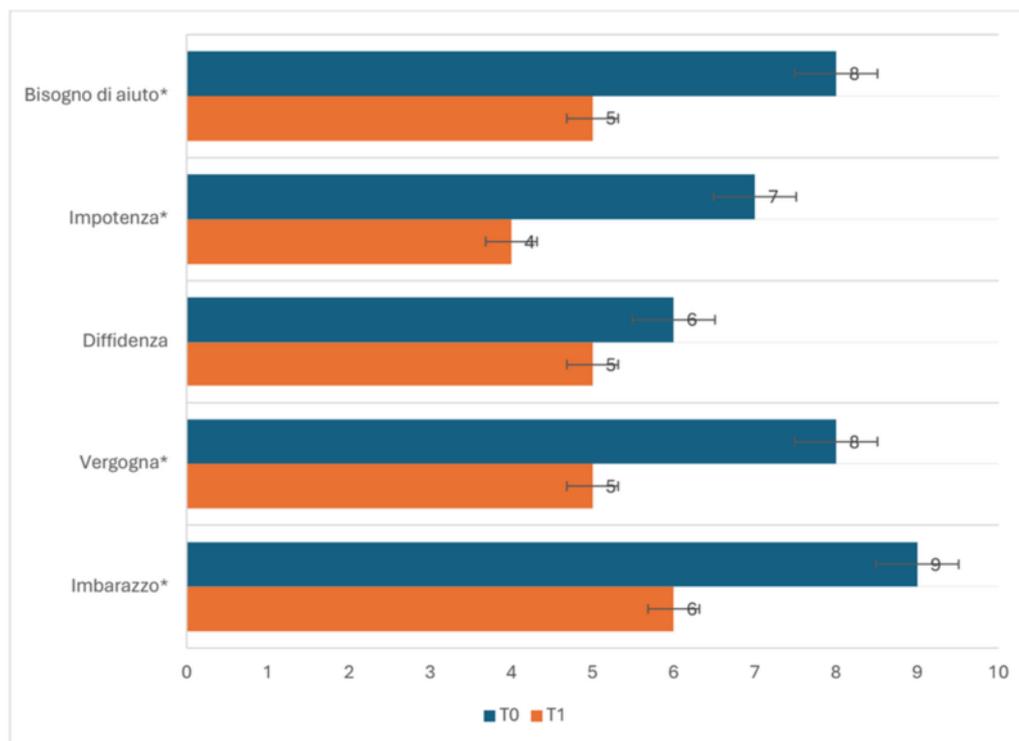


Grafico n. 11: Vissuti Pre e Post Trattamento

Discussione

Il campione indagato risulta giovane e composto prevalentemente da femmine. Una piccola parte dei partecipanti ha abbandonato il percorso scolastico, indice di una maggiore gravità del disturbo. Il 71% non ha amici, mentre tra coloro che afferma di averne, questi sono compagni di scout o familiari. Di conseguenza, si ipotizza che il gruppo indagato sia molto isolato e senza possibilità di rapportarsi con persone che non siano parte del proprio nucleo familiare (Bianchi, 2020). Da quanto rilevato dallo YAM-5, in accordo con una consistente parte della letteratura (Capozzi, 2017) (Muris & Ollendick T., 2021), emerge come il campione sia caratterizzato da elevati livelli di ansia sociale. Appaiono invece poco rappresentate le paure fobiche e, tra queste, le fobie situazionali sono quelle più rappresentate.

Gli stati emotivi maggiormente presenti nel campione sono l'imbarazzo e la vergogna; tuttavia, non sembra vi sia una particolare richiesta di aiuto, non è chiaro se non si sentano aiutabili, o se non ritengono di aver necessità di aiuto. Dopo la 'vacanzina' terapeutica, comprensibilmente, il miglioramento della condizione clinica ha ulteriormente ridotto la percezione di bisogno di aiuto. Sarebbe importante considerare questo dato in un possibile intervento psicoeducativo in un'ottica di prevenzione delle ricadute. Per quanto riguarda l'auto-percezione, i valori più alti coincidono con la credenza di sentirsi superiori, simpatici, non paurosi e parte del gruppo. Ad un primo impatto queste percezioni non appaiono in linea con le caratteristiche tipiche del MS, poiché questo comporta vissuti di inferiorità, debolezza, esclusione. Invece, ad una lettura più critica, si può ipotizzare che la consapevolezza rispetto al disturbo sia molto bassa e che in alcuni casi essi potrebbero presentare una sovrastima delle loro abilità, con il rischio poi, che questa possa trasformarsi in una sottostima di fronte alle difficoltà, concorrendo alla risposta di blocco emotivo (freezing) e peggiorando le abilità di coping. Un suggerimento terapeutico potrebbe essere quello di far sì che i pazienti diventino più consapevoli e realistici rispetto alle loro difficoltà e risorse, così da non trovarsi impreparati di fronte agli ostacoli.

I luoghi maggiormente temuti sono quelli non familiari e la scuola, il 12% invece afferma di non uscire e di restare a casa (comportamento di evitamento), in accordo con una consistente parte di letteratura (Bianchi, 2020), (Hua, Major, 2016), (Sharkey, McNicholas, 2008). Gli elevati livelli di

ansia e paura tipicamente determinano una risposta comportamentale inibitoria tale da rafforzare la chiusura e l'evitamento di qualsiasi situazione esterna sociale.

Il campione non è caratterizzato da elevate somatizzazioni come dimostrato dai dati analizzati e in contrasto con quanto ci saremmo aspettati, dato lo stretto legame tra questa diagnosi e la sintomatologia ansiosa (Capozzi, 2017) (Muris & Ollendick T., 2021). A questo proposito notiamo come se da un lato i valori appaiano piuttosto bassi, mal di pancia e stanchezza sono i vissuti più presenti. Questo risultato andrebbe replicato e forse sarebbe utile valutare e differenziare il contesto in cui la persona si trova pensando ad un'eventuale sintomatologia di tipo somatico (ad esempio differenziando tra luogo percepito come sicuro e un luogo non familiare).

La presenza di tratti autistici sembra influire negativamente non tanto sulla sintomatologia ansiosa, quanto sulla regolazione delle emozioni, sull'inibizione sociale e sulla percezione di sé in termini di impotenza e inibizione; dato già in parte rilevato dalla letteratura (Muris, Ollendick, 2021). Questo potrebbe indicare la necessità di operare alcuni adattamenti terapeutici al sottogruppo che presenta concomitante sintomatologia autistica, in un'ottica di un intervento maggiormente individualizzato e preciso.

Dallo studio longitudinale emerge come la 'vacanzina' abbia determinato dei cambiamenti significativi nel gruppo indagato, sia nella sintomatologia ansiosa, che nella regolazione delle emozioni, così come nell'inibizione sociale. Il dato più inaspettato è quello che riguarda i maggiori livelli di MS al T₁; l'unico parametro clinico in cui si registra un peggioramento. La riflessione che ne deriva è che, probabilmente, la 'vacanzina' potrebbe aver aumentato la consapevolezza sul proprio disturbo. Mentre in precedenza i ragazzi si erano autovalutati come superiori, non paurosi e accettati, con l'esperienza residenziale potrebbero aver realizzato che effettivamente non sono così aperti e inseriti nel gruppo.

Il confronto dei termometri delle emozioni evidenzia come l'imbarazzo e la vergogna decrescano notevolmente al termine della 'vacanzina', consentendoci di ipotizzare come l'esperienza residenziale abbia permesso alle ragazze e ai ragazzi di condividere difficoltà, emozioni, paure e convinzioni tipiche del MS. Altri cambiamenti osservati al termine del percorso residenziale riguardano i miglioramenti nel sentirsi più simpatici, forti, meno timidi e paurosi, più attraenti, più uguali agli altri e più accettati. La terapia, infatti, si è concentrata specificatamente sul valorizzare il concetto di imperfezione libera dal giudizio e sull'esaltare le peculiarità e le unicità di ciascuno (Rezzonico et al., 2018). In generale, la letteratura sul trattamento del MS è molto scarsa; i pochi studi longitudinali riscontrano un moderato miglioramento della sintomatologia strettamente legata alla condizione; si osserva tuttavia una certa persistenza della sintomatologia ansiosa sotto forma di comorbidità con altri disturbi d'ansia. In particolare, un'età più avanzata alla presa in carico e psicopatologia nei genitori sono fattori prognostici negativi (Koskela et al., 2023). È molto difficile confrontare i risultati da noi ottenuti con quanto pubblicato poiché gli approcci terapeutici non solo sono eterogenei (terapia cognitivo-comportamentale, interventi scolastici, farmacoterapia, ospedalizzazioni, ...), ma sono specificatamente rivolti ai bambini.

Un altro aspetto importante rilevato al termine del percorso residenziale ha riguardato la significativa riduzione dell'ansia e dell'evitamento per i loghi temuti. La terapia residenziale potrebbe essere stata una palestra di prova per i ragazzi che sono stati quasi "costretti" a mettersi in gioco sperimentando la socialità. La paura decresce in concomitanza con l'aumento della consapevolezza che quest'ultima, insieme all'ansia, sono affrontabili e gestibili non solo nella teoria ma anche nella pratica.

Alla luce di quanto emerso, l'Educatore Professionale (EP) potrebbe essere una valida risorsa che collabora in sinergia con un'equipe multidisciplinare specializzata nel trattamento del MS. La presenza di una figura così versatile sarebbe fondamentale per colmare quello spazio che spesso si viene a creare tra il terapeuta (psichiatra, psicoterapeuta, medico), la famiglia e il paziente. Questo perché, nella maggior parte dei casi, le sedute riabilitative e di intervento psicologico avvengono all'interno di ambulatori, uffici o studi privati; chi soffre di MS, però, ha anche il bisogno di sperimentare la socialità, la comunicazione e l'autonomia in contesti che possano offrire questo tipo di opportunità. L'EP, attraverso la creazione di reti di supporto e cooperando con le famiglie e la scuola, sarebbe il ponte che collega i terapeuti con l'ambiente esterno operando in setting diversi e stimolanti. I punti cardine sui quali dovrebbe basarsi un progetto educativo realizzato ad hoc per chi soffre di MS

sono: non porsi come obiettivo primario la parola, rispettare i tempi del paziente rinunciando alla fretta e favorendo un graduale cambiamento, creare un clima rilassato e accogliente, ove possiamo essere noi stessi, a volte imperfetti, buffi e con la possibilità di sbagliare.

Lo studio presenta numerosi limiti, il principale dei quali è rappresentato indubbiamente dalla complessità del disturbo e dalla sintomatologia intrinseca che hanno grandemente impattato sulla scarsa adesione alla ricerca. In particolare, lo studio longitudinale ha sofferto di questo limite e solo una minima parte dei partecipanti ha accettato la rivalutazione al follow-up. È da notare come la maggior parte dei partecipanti alla terapia residenziale presentava ansia molto elevata e un grado elevato di gravità (livello 0 nella scala della comunicazione) di MS. La compromissione che ne deriva è una risposta comportamentale talmente inibitoria che qualsiasi tipo di iniziativa motoria (scrivere, rispondere a domande) risulta ostacolata e, di fronte alla richiesta di compilare il questionario, molti sono rimasti immobili e inespressivi. Tuttavia, il MS non solo è un disturbo estremamente invalidante, ma anche così difficile da studiare che riteniamo prezioso, seppur poco generalizzabile, quanto riscontrato nella ricerca qui presentata.

Per concludere, nonostante i risultati promettenti ottenuti dallo studio, è importante sottolineare il bisogno di incrementare le ricerche scientifiche sul MS e sull'efficacia che può avere una terapia intensiva di questo tipo rispetto agli approcci tradizionali, al fine di accelerare il processo di uscita dal silenzio e il recupero di un benessere bio-psico-sociale (Capobianco & Cerniglia, 2018; Hipolito et al., 2021).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina, 2014.
- Bianchi, L. (2020). Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento. Numero 25 - Numero Monografico. *Età Evolutiva*, 27-48.
- Capobianco, M. (2009). Il mutismo selettivo: Diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento. *Cognitivismo clinico*, 6(2), 211-228.
- Capobianco, M., & Cerniglia, L. (2018). Communicative, cognitive and emotional issues in selective mutism: A narrative review on elements of a multimodal intervention. *Interaction Studies*, 19, 445–458. <https://doi.org/10.1075/is.17018>.
- Capozzi, F. M. (2017). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: A clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 775-783.
- Kaakeh, Y., & Stumpf, J. L. (2008). Treatment of selective mutism: Focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy*, 28(2), 214-224.
- Kearney, C.A. and Rede, M. (2021) The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Front. Psychol.* 12:700745. doi: 10.3389/fpsyg.2021.70074.
- Koskela, M., Stahlberg, T., Yunus, W., M., A., W., M., Sourander, A. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 23:779.
- Hipolito, G., Pagnamenta, E., Stacey, H., Wright, E., Joffe, V., Murayama, K., & Creswell, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for children and adolescents with selective mutism. *JCPP Advances*, 3(3), e12166.
- Hua, A. & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics* 28(1), 114-120.
- Iacchia, E., & Ancarani, P. (2018). *Momentaneamente silenziosi: Guida per operatori, insegnanti e genitori di bambini e ragazzi con mutismo selettivo*. FrancoAngeli.
- Lausi, G., Quaglieri, A., Burrari, J., Mari, E., & Giannini, A. M. (2020). Development of the DERS 20 among the Italian population: a study for a short form of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 8 (2), 1-19.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1187–1195. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318076b7ab><https://doi.org/10.1002/jcv2.12166>.
- Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM 5 (YAM 5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non clinical children. *Journal of Anxiety Disorders* 51, 72-78.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 24, 294-325.
- NovoPsych. (20 Settembre 2023). Autism Spectrum Quotient (AQ). Tratto da novopsych.com: <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/autism-spectrum-quotient/>
- Rezzonico G., Iacchia, E., Monticelli, M. (2018). *Mutismo selettivo: sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano, Franco Angeli.
- Sharkey, L., McNicholas, F. (2008). More than 100 years of silence, elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(5), 255-263.
- Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1069–1075. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23>.