LINEE GUIDA PER SUPPORTARE BAMBINI E RAGAZZI CON MUTISMO SELETTIVO

PER GENITORI

Indice

1. COS'È IL MUTISMO SELETTIVO 2
1.1 Descrizione 2
1.2. Come riconoscere il mutismo selettivo 2
1.3. Se non fosse solo timidezza? 3
1.4. Quali sono le cause 4
1.5 Quanto è diffuso il Mutismo Selettivo 4
1.6 Quali sono i campanelli di allarme in età infantile 4
2. COSA POSSONO FARE I GENITORI 6
2.1 Rivolgersi a uno specialista 6
2.2 Collaborare con la scuola e gli insegnanti 8
2.3 Quali accorgimenti adottare in famiglia 9
2.4 Il ciclo di rinforzo negativo 10
2.5 Come gli adulti contribuiscono a mantenere il mutismo selettivo 12

1. COS'È IL MUTISMO SELETTIVO

1.1 Descrizione

Il Mutismo Selettivo è un disturbo d'ansia ancora poco compreso e apparentemente raro, che colpisce principalmente i bambini. Si manifesta attraverso l'incapacità di parlare in determinati contesti sociali, pur con uno sviluppo e una comprensione del linguaggio perfettamente normali.

Non si tratta di un fenomeno causato da disfunzioni organiche o da difficoltà nello sviluppo: piuttosto è una reazione a forti stati emotivi collegati all'ansia. Sebbene tutti noi sperimentiamo paure, preoccupazioni e nervosismo nella vita quotidiana, per chi convive con un disturbo d'ansia queste emozioni possono risultare molto più intense, durare a lungo e presentarsi con maggiore frequenza, compromettendo significativamente la qualità della vita. Nei bambini colpiti da mutismo selettivo il disturbo d'ansia si manifesta con difficoltà nella comunicazione. Anche se desiderano farlo, i bambini con mutismo selettivo non riescono a parlare al di fuori della propria casa o in presenza di estranei. Si bloccano, soprattutto in situazioni pubbliche o in contesti sociali particolarmente ansiogeni, come l'asilo o la scuola. Al contrario, negli ambienti familiari o con persone di fiducia, si esprimono in modo normale e, talvolta, mostrano una spiccata propensione a chiacchierare.

Diversi fattori possono influenzare il decorso del disturbo (separazioni, trasferimenti, bilinguismo o cambiamenti familiari) rendendo la situazione più complessa.

È importante sottolineare che il mutismo selettivo non riguarda solo i bambini; anche adolescenti e adulti possono esserne colpiti. Esistono molte strategie e interventi efficaci per supportare queste persone, contribuendo al miglioramento della loro qualità della vita.

1.2. Come riconoscere il mutismo selettivo

I **criteri diagnostici.** Per individuare un bambino con mutismo selettivo sono i seguenti:

1. Il bambino non parla in determinati luoghi, come la scuola o altre situazioni sociali.
2. Il bambino parla normalmente nelle situazioni in cui si trova a proprio agio come a casa, sebbene alcuni bambini possa-no essere muti anche tra le mura domestiche.
3. L'incapacità del bambino di parlare interferisce con la sua capacità di "funzionare" nel contesto scolastico e/o nelle situazioni sociali.
4. Il mutismo dura da almeno un mese.
5. Non sono presenti disturbi della comunicazione (come la balbuzie) o disturbi mentali (come autismo, schizofrenia, ritardo mentale).

Come appaiono. I bambini con questo disturbo possono comunicare attraverso gesti, annuendo o scuotendo il capo in segno di diniego, spingendo o tirando l'interlocutore oppure, in alcuni casi, emettendo suoni monosillabici, corti o monotoni, alterando la voce o riproducendo il verso di animali.

Il disagio si può manifestare anche nella difficoltà che hanno nel mantenere il contatto visivo, nella loro rigidità fisica e nell'inespressività del volto.

I soggetti con mutismo selettivo possono anche presentare tic, comportamenti autolesionistici o esplodere quando tornano a casa da scuola, dando il via a scenate incontenibili o a rallentamenti che talvolta rendono difficilissimo interagire con loro (ad esempio quando è il momento di fare i compiti o di andare da qualche parte).
Non di rado il loro comportamento è mal interpretato, li si giudica sprezzanti, disinteressati agli altri, arroganti, maleducati e volontariamente immersi solo nel proprio mondo. Anche i parenti possono diventare bruschi, svalutativi, eccessivamente protettivi, non capire che esiste davvero un problema e quindi continuare a fare pressioni, minacciare, tentare di corrompere (se parli ti compro…) ecc.
Le possibili complicazioni. Da più grandi (adolescenza ed età adulta) i soggetti con mutismo selettivo, anche se hanno imparato ad interagire un po', possono mantenere importanti difficoltà e forti insicurezze, ad esempio possono isolarsi sempre di più e bloccarsi quando sono in talune circostanze.
Più passa il tempo permanendo nella condizione del Mutismo Selettivo o isolandosi (allenando poco e male le proprie competenze sociali), minore sarà la sensazione di avere una vita piena, e diminuirà anche la fiducia nella possibilità che essa migliori e divenga soddisfacente. Arrivare all'età adulta in questo modo complica notevolmente le cose, per questo è necessario attivarsi ancora più efficacemente, facendo leva su motivazioni autentiche e mettendosi in gioco, consapevoli anche di cosa sia il fenomeno noto come **Hikikomori**.
Una complicazione ulteriore è rappresentata anche dal **Mutismo Progressivo**, un aggravamento che comporta una progressiva riduzione delle persone e delle situazioni in cui il soggetto parla, fino ad arrivare al caso più grave, di mutismo totale, quando il soggetto non parla neppure con i genitori.

1.3. Se non fosse solo timidezza?

Può accadere che il Mutismo Selettivo sia scambiato per "semplice" timidezza o per un altro disturbo (la situazione che si presenta maggiormente è quella di confonderlo con *Disturbi dello Spettro Autistico* o con il *Disturbo Oppositivo-Provocatorio*).
La conseguenza di questa semplicistica o errata interpretazione è che nelle fasi precoci del Mutismo Selettivo, quindi nel periodo della scuola dell'infanzia, gli adulti che interagiscono con questi bambini (pediatri, insegnanti, familiari, ecc.) non diano sufficiente o adeguata importanza a tale comportamento.
Può anche accadere che si interpretino i silenzi del bambino con una sua precisa volontà di non parlare e vengano quindi considerati una provocazione, una sfida, un modo per sottrarsi alle regole, alle richieste, all'impegno o allo studio, perciò possono innescarsi preconcetti e tentativi di forzatura, anche attraverso uno schema di premi-punizioni che può indebolire ulteriormente l'autostima del bambino. Un'errata valutazione determina di frequente un consolidamento del problema, che diventa evidente con l'ingresso alla scuola primaria.
Se diagnosticato immediatamente, nella maggior parte dei casi il Mutismo Selettivo può essere risolto in un tempo relativamente breve, al contrario una ritardata diagnosi potrebbe far vivere a bambino e famiglia un lungo e difficoltoso periodo di sofferenza e disagio.

1.4. Quali sono le cause

Il Mutismo Selettivo non è dovuto a qualche disfunzione organica, a un disturbo del neurosviluppo o ad un atteggiamento oppositivo, è invece una risposta ad un forte stato emotivo legato all'ansia e alla paura.

Quando la paura blocca il verbale, i bambini con Mutismo Selettivo possono comunicare attraverso gesti, annuendo o scuotendo il capo in segno di diniego, spingendo o tirando l'interlocutore, in alcuni casi emettendo suoni monosillabici, alterando la voce e/o a volte riproducendo il verso di animali. Il disturbo colpisce bambini con differenti capacità cognitive, possono essere presenti difficoltà fonologiche nel linguaggio ed è frequente in piccoli che vivono in famiglie bilingui, che appartengono a minoranze etniche o laddove siano presenti altri parenti ansiosi, timidi o con difficoltà nelle relazioni sociali.

Le cause sono quindi multifattoriali, in particolare sono tre i fattori che influenzano lo sviluppo del mutismo selettivo: genetica, fattori ambientali e temperamentali.

Molte persone con mutismo selettivo hanno familiari che presentano disturbi d'ansia o che hanno sofferto di mutismo selettivo (non è raro osservare che uno dei due genitori abbia a sua volta vissuto una analoga situazione), il che suggerisce che esista una vulnerabilità genetica condivisa

Non ci sono evidenze che il bambino con Mutismo Selettivo abbia subito forti traumi, abbandono, violenze, oppure che si tratti di soggetti oppositivi, arrabbiati, intenzionalmente dispettosi o manipolativi.

1.5 Quanto è diffuso il Mutismo Selettivo

Ad oggi non esistono numeri certi riguardo l'incidenza di questo disturbo. Le stime più recenti riguardo all'incidenza del mutismo selettivo indicano che questa condizione rappresenta circa l'1-2% dei bambini in età scolare. Tuttavia, le stime variano a seconda delle fonti e dei metodi di diagnosi utilizzati.

È importante considerare che il mutismo selettivo è spesso sotto-diagnosticato o sotto-rapportato, quindi le cifre potrebbero essere sottostimate, a volte infatti il mutismo selettivo è scambiato per timidezza (nei casi più lievi) oppure in *Disturbo dello spettro autistico* (nei casi più gravi). Va poi aggiunto che si tratta di una condizione che può coesistere con altri disturbi (comorbilità).

Riguardo alla prevalenza di genere, studi e rassegne scientifiche indicano che il mutismo selettivo è più frequente nelle bambine che nei bambini, una differenza di genere coerente con altri disturbi d'ansia, che tendono infatti ad essere più comuni nelle femmine.

1.6 Quali sono i campanelli di allarme in età infantile

La comparsa del mutismo avviene quando i bambini iniziano ad avere i primi contatti con il mondo esterno alla famiglia, spesso intorno ai 3 anni, ma anche a 2, con l'inserimento al nido**.** Il disturbo può durare solo pochi mesi, ma se non riconosciuto e non trattato adeguatamente, può permanere anche per molti anni, determinando conseguenze importanti nella vita scolastica e relazionale del bambino, e ancora di più in seguito, con l'adolescenza e/o l'età adulta.

È dunque fondamentale riconoscerlo prima possibile!

I segnali che già fin dai 2 e 3 anni possono essere ritenuti dei campanelli d'allarme per una diagnosi di Mutismo Selettivo, sono spesso quelli legati ad eccessiva ansia, specialmente in situazioni nuove, che in alcuni bambini si trasforma in:

• difficoltà di addormentamento per la paura della separazione e disturbi del sonno (compresa l'insonnia)
• difficoltà nel mantenere un'alimentazione varia, adeguata e serena in tutti gli ambienti che il piccolo frequenta (ad esempio a casa di una nonna mangia mentre a casa dell'altra no, oppure di fronte ad estranei si vergogna e non mangia, mentre in famiglia non accade)
• timore a cambiare le proprie abitudini (il nuovo gli crea molta ansia)
• paura della separazione e anche solo dell'idea di affrontare situazioni mai sperimentate prima
• difficoltà a salutare i vicini di casa benché conosciuti da sempre o i parenti che si frequentano poco e/o saltuariamente
• timidezza eccessiva
• atteggiamento smarrito ed impaurito oppure irrequietezza in situazioni sociali vissute come ansiogene (asilo, parco giochi, feste di compleanno ecc.)
• in presenza di persone per lui non familiari, comunicare parlando all'orecchio del genitore (o di altra figura sicura).

Al nido e/o a scuola le educatrici e le insegnanti segnalano:

• che manca la comunicazione verbale spontanea o a richiesta
• che manca la comunicazione verbale con l'adulto, ma è presente con i pari o viceversa (cioè è presente con l'adulto, ma assente con i pari)
• che la comunicazione avviene solo sottovoce o attraverso versi vocali (o con messaggi scritti laddove le competenze scolastiche del bambino siano più avanzate)
• che il bambino non mangia davanti agli altri e/o non chiede di andare in bagno
• che il bambino partecipa con difficoltà alle attività proposte e si isola
• che, se accompagnato dai genitori, con loro il bambino parla, ma non lo fa con altri
• che un compagno gli fa da mediatore linguistico (parla sempre al suo posto)
• che il bambino appare "congelato", con un linguaggio del corpo rigido e non mantiene il contatto visivo
• che in classe il bambino non interagisce pure se a casa chiacchiera e racconta di ciò che ha fatto a scuola, sa alcuni nomi dei compagni o delle insegnanti.

2. COSA POSSONO FARE I GENITORI

2.1 Rivolgersi a uno specialista

La prima cosa da fare se osserviamo che il nostro bambino ha problemi di comunicazione, è quella di cercare al più presto la guida di uno specialista esperto, al fine di evitare errori inconsapevoli e di perdere tempo prezioso. Ciò vale anche quando un medico, ad es. il pediatra, suggerisce di aspettare, dicendo che il problema potrebbe risolversi spontaneamente. Purtroppo il mutismo selettivo è ancora poco conosciuto, per questo a volte anche i professionisti più preparati non lo inquadrano tempestivamente.

Ogni genitore vorrebbe sentirsi dire che il problema non c'è o che in poco tempo sarà risolto, ma la realtà è che nessuno può fare promesse del genere: ogni bambino è unico, con un suo sistema familiare, un suo ambiente scolastico, un suo temperamento, perciò la durata del percorso terapeutico dipenderà dalla collaborazione tra i vari sistemi coinvolti e dalla risposta individuale del bambino. Certo è che prima si agisce e meglio si coopera, più sarà alta la possibilità di ridurre i tempi, per questo occorre approfondire le informazioni e osservare bene il comportamento dei nostri figli, per individuare gli scenari che li spaventano maggiormente.

Comorbilità. Il mutismo selettivo può presentarsi in combinazione ad altri disturbi, soprattutto i *Disturbi di ansia* (ad es. il *Disturbo ossessivo compulsivo)*, e rendere evidenti altre paure e preoccupazioni che i genitori possono notare nei propri figli, in particolare:

- Ansia sociale: è una paura persistente e sproporzionata di essere giudicati, ridicolizzati o messi in imbarazzo in situazioni sociali; l'ansia sociale porta all'evitamento di eventi come la scuola o le feste. A differenza della timidezza normale, l'ansia sociale è costante, influisce sulla vita quotidiana e può manifestarsi con sintomi fisici come pianto, rabbia, aggrappamento ai genitori, mal di testa o mal di pancia, e comportamenti come il rifiuto di andare a scuola.
- Ansia di separazione: ovvero la paura di allontanarsi dai genitori o da altre figure di riferimento, accompagnata dalla preoccupazione che durante la separazione possa succedere qualcosa di spiacevole come perdersi o che i genitori possano essere coinvolti in un incidente stradale; i sintomi possono includere angoscia anticipatoria, malessere fisico (come mal di testa o mal di pancia) e il rifiuto di andare a scuola o partecipare ad altre attività sociali.
- Ansia generalizzata: è caratterizzata da preoccupazioni eccessive e incontrollabili su una vasta gamma di eventi quotidiani (ad esempio, prestazioni scolastiche, amicizie, regole, eventi mondiali, relazioni familiari, problemi di salute), causando disagio e compromettendo il funzionamento scolastico, sociale e familiare.
- Fobia specifica: paura intensa, persistente e sproporzionata di un oggetto, una situazione o un animale specifico (ad esempio, il buio, altezze, insetti, aghi, cani) e interferisce con la sua vita quotidiana.

Quale specialista?

I genitori possono rivolgersi ad Aimuse per ottenere i nominativi di specialisti presenti nella loro zona, se invece si sceglie di individuarli autonomamente, è fondamentale chiedere al professionista:

- se abbia già trattato altri casi di mutismo selettivo
- se abbia seguito corsi di formazione specifici
- se prevede di confrontarsi con gli insegnanti o le educatrici del bambino o del ragazzo (e se è disposto a farlo)
- se la terapia si svolgerà esclusivamente nel suo studio o anche in altri ambienti, come la scuola o il contesto familiare.

In generale gli specialisti seri e responsabili si aggiornano costantemente, si documentano e chiedono supervisione a colleghi più esperti, soprattutto se sono alle prime esperienze con questo disturbo. È importante anche prestare attenzione ad eventuali improvvisazioni o se i professionisti propongono interventi in contrasto con le indicazioni di base fornite in questo opuscolo.

Poiché per i genitori la varietà di figure professionali può risultare confusa e talvolta disorientante, è bene sapere che per una diagnosi accurata è sempre consigliabile consultare un neuropsichiatra infantile e poi rivolgersi, per il supporto e il trattamento, ad altre figure, in particolare lo psicologo e lo psicoterapeuta (al quale potranno affiancarsi anche altri specialisti, indicati in base alle necessità individuate).

Proponiamo di seguito una breve panoramica delle tre principali figure citate (neuropsichiatra, psicologo e psicoterapeuta).

LO PSICOLOGO

Lo psicologo è il laureato in psicologia che ha sostenuto e superato l'Esame di Stato che permette l'iscrizione all'Ordine degli psicologi. Per poter sostenere tale esame egli deve obbligatoriamente svolgere un tirocinio formativo della durata di un anno, nel quale fa esperienza nel campo della psicologia. Gli psicologi non sono tutti uguali, in quanto esistono all'interno delle università indirizzi formativi diversi (per es. psicologia clinica e di comunità, psicologia del lavoro e delle organizzazioni, psicologia dello sviluppo e dell'educazione, psicologia generale e sperimentale), i quali forniscono competenze diverse. Dopo la laurea egli può decidere di frequentare corsi o master che forniscono competenze in ambiti specifici, per esempio nel campo dei disturbi d'ansia.

Lo psicologo fornisce ai suoi utenti un aiuto basato su colloqui di sostegno, strumenti diagnostici, consulenze, tecniche di rilassamento ecc. Sono molte le cose che egli può fare, purché non si configurino come terapia, poiché essa richiede il titolo di psicoterapeuta. Inoltre lo psicologo non può prescrivere farmaci, dal momento che per fare questo serve una laurea in medicina. Se possiede una laurea in medicina, oltre a quella in psicologia, lo può fare. Quindi, riassumendo, lo psicologo deve possedere i seguenti requisiti:

- laurea in psicologia;
- essere iscritto all'Ordine degli Psicologi di una regione italiana.

LO PSICOTERAPEUTA

Il percorso per divenire psicoterapeuta è duplice. Può partire dalla laurea in psicologia o da quella in medicina, poi va superato l'Esame di Stato (di Psicologia, se laureato in questa disciplina, o di Medicina nell'altro caso) e successivamente va intrapreso un corso di specializzazione in psicoterapia della durata di almeno 4 anni, riconosciuto dallo Stato Italiano. Dunque lo psicoterapeuta può essere sia medico che psicologo; nel caso che sia psicologo può esercitare tutte le attività dello psicologo e in più la psicoterapia, nel caso che sia medico può esercitare le attività del medico (fra cui la prescrizione di farmaci) e quelle dello psicoterapeuta. Quindi solo il medico psicoterapeuta può prescrivere farmaci. L'attività dello psicoterapeuta va più in profondità rispetto a quella dello psicologo e permette di agire direttamente sui disagi della persona.

Le scuole di specializzazione che permettono l'iscrizione all'albo degli psicoterapeuti sono molte e molto diverse fra loro, ognuna trae origine da un quadro teorico differente, non necessariamente incompatibile con gli altri, tant'è che spesso gli psicoterapeuti fanno uso contemporaneamente di tecniche provenienti da approcci diversi. Esempi di scuole di specializzazione sono: quella ad indirizzo cognitivo-comportamentista, quella sistemica familiare e quella psicanalitica. Quindi, riassumendo, lo psicoterapeuta deve possedere i seguenti requisiti:

- laurea in psicologia o in medicina e chirurgia;
- essere iscritto all'Ordine degli Psicologi (o dei Medici) di una regione italiana;
- aver frequentato una scuola di specializzazione riconosciuta dallo Stato che permette l'iscrizione all'Albo degli Psicoterapeuti.

IL NEUROPSICHIATRA INFANTILE/PSICHIATRA

La differenza principale tra NPI e psichiatra è il target di età e il tipo di disturbi trattati: lo psichiatra si occupa di disturbi psichiatrici in pazienti adulti, mentre il neuropsichiatra infantile è un medico specializzato nella diagnosi e cura di patologie neurologiche e psichiatriche nei bambini e adolescenti (fino ai 18 anni). Il neuropsichiatra infantile ha quindi una formazione più integrata che include sia aspetti neurologici che psichiatrici specifici dell'età evolutiva.

Lo psichiatra è un laureato in medicina che ha intrapreso successivamente la specializzazione in psichiatria. Lo psichiatra non è psicologo, a meno che non abbia conseguito il relativo titolo; egli può tuttavia esercitare la psicoterapia. La differenza sostanziale tra psicologo/psicoterapeuta e psichiatra risiede nel modo di vedere la persona e nell'approccio utilizzato; mentre i primi due guardano la persona nel suo insieme, evitando di concentrarsi solo sul disturbo, lo psichiatra utilizza un metodo che può essere definito di diagnosi/cura. In sostanza egli focalizza la sua attenzione sul problema cercando di risolvere solo quello, esattamente come fa il medico.

Egli cura i disturbi psichici e le malattie mentali attraverso l'utilizzo dei metodi propri della psichiatria, che comprendono spesso l'utilizzo di farmaci. Avviene di sovente che sia lo psicologo/psicoterapeuta che lo psichiatra forniscano contemporaneamente il loro supporto ad una stessa persona, ottenendo un risultato migliore di quello che verrebbe raggiunto attraverso l'utilizzo esclusivo di uno dei due approcci. Per divenire tale lo psichiatra deve:

- possedere una laurea in medicina;
- aver superato l'esame di ammissione all'Ordine dei Medici;
- essersi successivamente specializzato in psichiatria.

2.2 Collaborare con la scuola e gli insegnanti

Gli educatori hanno la prospettiva unica di vedere il bambino nell'ambiente scolastico; a volte è proprio grazie a loro che i genitori prendono coscienza del Mutismo selettivo, infatti a casa

il bambino è aperto e spigliato, perciò può accadere che pur notando un suo cambiamento nelle situazioni sociali, la famiglia non riconosca l'esistenza di un problema. A scuola invece è molto probabile che il silenzio sia rilevato.
Quando la situazione viene notata (non conta da chi) è importante che si apra sempre un canale di comunicazione positivo con gli interlocutori scolastici, per questo fatevi descrivere il vostro bambino in classe.
Potrebbe succedere che in quelle parole voi non riconosciate vostro figlio, ma è proprio questo il mutismo selettivo, quindi è essenziale che conosciate quali sono i suoi atteggiamenti quando voi non ci siete, che ampliate la vostra consapevolezza, superando la tentazione di considerare la scuola come "nemica" o colpevole della situazione.
Il fatto che il bambino parli a casa, ma non a scuola non deve essere male interpretato: perciò non bisogna dare per scontato che siano verificati episodi di bullismo in classe o che sia stato maltrattato dagli insegnanti; avere un atteggiamento ostile nei confronti della scuola può rappresentare un ostacolo che impedisce di instaurare un rapporto costruttivo e vantaggioso per vostro figlio. Non dimenticatevi quanto tempo lui trascorre a scuola.
Se il bambino è d'accordo, si può concordare con le insegnanti di parlare del suo problema in classe (facendolo con le dovute accortezze, per questo è disponibile su questo sito il *Toolkit per insegnanti*).
Può anche essere utile informare i genitori dei compagni di classe, al fine di sensibilizzarli e favorire una maggiore socializzazione.

2.3 Quali accorgimenti adottare in famiglia

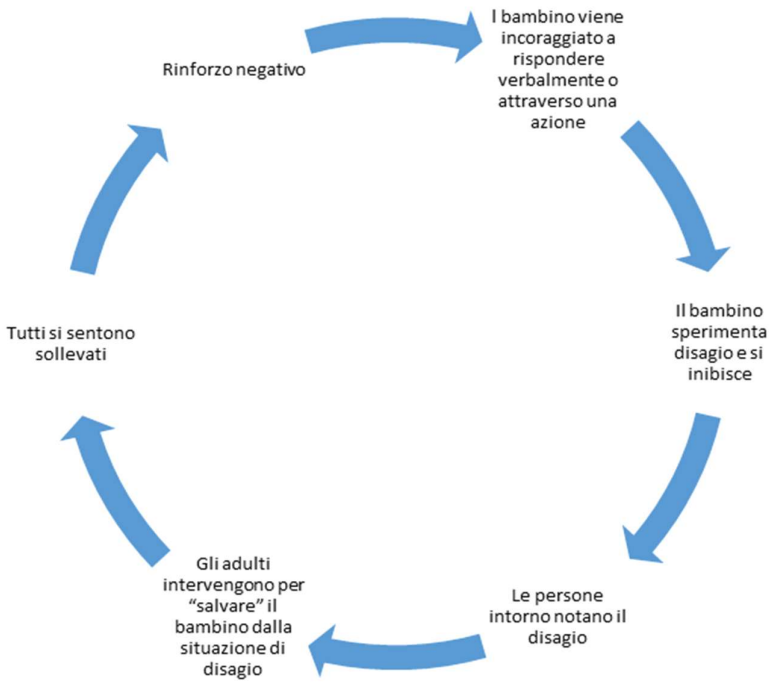
Il bambino con mutismo selettivo può avere comportamenti estremamente differenti nella propria abitazione e con i membri della propria famiglia: può infatti parlare in maniera naturale oppure rimanere in silenzio (ad es. parla tranquillamente con un nonno, mentre con un altro no).

- La cosa più importante, sia nei contesti sociali che a casa, è **non forzarlo mai a parlare**. Al fine di ridurre l'ansia e rendergli più confortevole il passaggio alla parola, è utile creare un clima rilassato e rassicurante, non punirlo o minacciarlo in caso di silenzio, non utilizzare premi come forma di ricatto (ad esempio: "se parli ti compro quel che vuoi"), tantomeno farlo sentire in colpa in caso di fallimento ("se non parli la mamma è triste").
- Occorre anche **evitare di creargli eccessive aspettative o sminuire la sua difficoltà**, al contrario è un buon atteggiamento quello di mostrare una pacata fiducia in lui ("so che per te è difficile, ma ho fiducia nel tuo coraggio"). Altra corretta modalità di interazione è quella di non mostrare eccessiva meraviglia o felicità nel caso in cui iniziasse a parlare in luoghi/circostanze in stava in silenzio o con persone differenti da quelle "solite".
- Va bene poi **coinvolgerlo nelle azioni che lo riguardano**, informandolo di cosa esse comportano e dandogli il tempo di sentirsi maggiormente pronto, soprattutto se si tratta di una situazione nuova, ma senza eccessivo anticipo o eccedendo nei dettagli.

- Importante è anche **spiegargli cos'è il Mutismo Selettivo**, utilizzando parole semplici, dando un nome e una connotazione chiara alla sua difficoltà, permettendogli così di capire di non essere il solo a viverla.
- **Rassicurarlo affettivamente** costantemente, dicendogli che gli volete bene e siete pronti ad aiutarlo in qualsiasi momento.
- **Utilizzate strategie creative** per rendere accettabili le situazioni ansiogene: create dei giochi, siate divertenti e stimolanti avvalendovi delle sue passoni, sfruttate bene la conoscenza che avete di lui.
- **Lanciate piccolissime sfide**, fate i pasticcioni, creando competizioni divertenti nelle quali possa sentirsi bravo e al contempo scoprire che non è una tragedia se non si è sempre perfetti e performanti (date l'esempio).
- **Usate in modo intelligente i periodi di vacanza** o quando sta a casa per ragioni mediche.
- **Favorite progressivamente la sua autonomia**, coinvolgendolo in azioni quotidiane di cura personale e aiuto domestico, programmando insieme le attività che lo riguardano, affidandogli compiti di responsabilità lodandolo ("sei stato davvero bravo a sparecchiare, ti sei meritato di imparare un'altra cosa").
- **Dategli piccole opportunità di socializzazione** invitando costantemente a casa i suoi compagni (la casa è un luogo per lui rassicurante).
- **Create poche regole affidabili**, che non siano né troppo rigide (come se fosse una tragedia disattenderle) né troppo lasse (come se ogni volta cambiassero o fossero improvvisate).

2.4 Il ciclo di rinforzo negativo

Una volta che i sintomi del mutismo selettivo si sono manifestati, il disturbo può rafforzarsi a causa di schemi di interazione inadeguati, che a prima vista potrebbero sembrare utili (perché sono soluzioni per l'ansia immediata), ma che invece nel medio e lungo termine peggiorano notevolmente la situazione (perché creano un circolo vizioso).
Questo fenomeno è chiamato il *ciclo di rinforzo negativo*, poiché crea uno schema peggiorativo basato sull'azione di chi interviene per "salvare" il bambino dal suo disagio.



Ecco una **tipica situazione** che può verificarsi e che spiega meglio di cosa si tratta:
Il bambino incontra un conoscente che gli chiede con un gran sorriso: "Ciao Mattia ! Ma come sei diventato grande. Hai iniziato la scuola?"
Il bambino manifesta i segni dell'ansia: guarda in basso e non risponde.
Il genitore assiste alla scena e dinanzi al silenzio del figlio interviene spronandolo: "Dai Mattia rispondi!"
Il bambino ancora più sotto stress si nasconde o si blocca, e continua a non rispondere.
A questo punto può capitare che il conoscente cerchi di smorzare l'imbarazzo attraverso una delle infelici frasi che purtroppo si dicono spesso: "Mattia, ma ti hanno mangiato la lingua?"
Allora il genitore risolve la situazione parlando al posto del figlio e giustificandone il comportamento: "È un bimbo timido, comunque inizierà la scuola l'anno prossimo"

In situazioni di questo tipo, non è solo il bambino a vivere emozioni sgradevoli, anche il genitore e l'interlocutore vivono un senso di disagio; il genitore avverte l'ansia del figlio e diventa ansioso a sua volta, prova senso di inadeguatezza perché il suo bimbo non è socievole e solare come vorrebbe, prova rabbia nei confronti del bambino perché non si impegna a uscire dal silenzio, prova frustrazione nei confronti dell'interlocutore, immaginandone il giudizio negativo.
Tutti si sentono intrappolati nello stallo comunicativo, l'urgenza percepita è quella di uscirne rapidamente, ecco perché il genitore "salva" il figlio sostituendosi nella conversazione e attirando l'attenzione su di sé. Quando il genitore risponde al posto del figlio, tutti sono sollevati, quindi di fatto l'ansia immediata viene risolta e il problema del silenzio azzerato. Sembra una buona soluzione, infatti la si adotta spesso in situazioni analoghe, che si presentano regolarmente con i bambini con mutismo selettivo, ma in realtà non lo è, anzi è uno schema che finisce per rinforzare la modalità silenziosa, anziché agevolare l'apertura comunicativa.

È un ciclo di rinforzo negativo perché la risposta dell'adulto riduce l'ansia momentanea evitando una situazione scomoda, ma educa alla sostituzione, avalla nel bambino l'idea di non essere in grado di superare il proprio disagio e consolida il mutismo, aumentando la probabilità che la dinamica si ripeta nel tempo.

Il circolo vizioso coinvolge non solo i genitori, ma anche le altre persone di riferimento (nonni, fratelli, amici), è uno schema che facilmente viene adottato da tutti coloro i quali vivono il disagio del bambino quando qualcuno gli si rivolge direttamente, per questo motivo è fondamentale diventare consapevoli di cosa è un rinforzo negativo, di come si genera e si consolida, al fine di interromperlo al più presto.
Bisogna utilizzare nuovi approcci, non per "salvare" il bambino dall'interazione rispondendo immediatamente, ma per avviare piccoli passi praticabili che possano contribuire a farlo aprire progressivamente.

Una strategia utile è il "*metodo dei 5 secondi*", ovvero attendere (contando fino a 5) che sia il bambino a rispondere, restando calmi e sorridenti anche se lui non lo fa, accettando il malessere che prevedibilmente ne deriverà. Poi, anziché rispondere al posto del bambino e giustificarne il silenzio, rivolgersi a lui dicendogli qualcosa del tipo: "è carino X a interessarsi di te, per ora vuoi che gli risponda io?", quindi accogliere anche un suo semplice sguardo di assenso o un lieve cenno, quindi rivolgersi all'interlocutore con una frase amichevole come ad es. "Nonostante sia un chiacchierone, a volte Mattia a volte non riesce subito a fare uscire le parole. Comunque per oggi rispondo io alla tua domanda, inizierà la scuola l'anno prossimo".
Il tempo di attesa dei 5 secondi costringe tutti a "reggere" il disagio, non invia al bambino il messaggio che viene salvato immediatamente dall'ansia e il fatto che il genitore gli chieda "il permesso" di rispondere, lo coinvolge nell'interazione, seppure indirettamente. Infine la risposta fornita dal genitore non etichetta il bambino (è timido), ma ne sottolinea la capacità di parlare (è un chicchierone), rendendo temporanea la sua condizione di silenzio e il fatto che sia il genitore a rispondere alla domanda (a volte… per oggi…).
Usando il *metodo dei 5 secondi* si inverte il ciclo del rinforzo negativo, avviandone uno positivo, quindi al posto del circolo vizioso se ne instaura uno virtuoso, di cui gradualmente si potranno apprezzare gli effetti, grazie ai progressi che permetteranno al bambino di interagire e comunicare in modo più autonomo con gli altri.

2.5 Come gli adulti contribuiscono a mantenere il mutismo selettivo

Gli adulti si aspettano che i bambini parlino con loro, che rispondano alle domande, che giochino, che ridano e che siano curiosi ed esplorativi, pertanto restano "spiazzati" dal silenzio, da un comportamento fisico rigido ed espressioni "fisse". La reazione è di forzare la situazione, per ottenere ciò che ci si aspetta e si reputa normale. È da questo che nascono le frasi infelici e le domande scomode, nonché i giudizi critici e gli sguardi di compatimento o di biasimo.
Capita che siano gli stessi genitori e i parenti a vivere queste emozioni e formulare questi pensieri, increduli che esista davvero una condizione che blocca la parola e a volte anche il corpo per via dell'ansia.

Il mutismo selettivo viene dunque mantenuto e complicato dall'indisponibilità ad informarsi adeguatamente e di assumersi la responsabilità di fare la propria parte di lavoro (anche su se stessi), ad es. capita che sia solo uno dei genitori a "studiare", mentre l'altro delega, o che uno dei due accentui gli aspetti negativi delle cose, mentre l'altro sminuisce, e pure se ciò sembrerebbe non riguardare direttamente il bambino, in realtà contribuisce a renderlo insicuro e dipendente. Anche agire in modo improvvisato, affidandosi alla speranza e all'umore del momento, è una cattiva scelta, che crea un'atmosfera imprevedibile e disorganizzata, due condizioni che innescano ed innalzano l'ansia.
Quindi non sono solo le strategie inadatte e la perdita di tempo a mantenere il mutismo selettivo, sono anche tutte quelle azioni che mantengono le "solite" abitudini anziché aprire la comfort zone familiare e che delegano agli altri (soprattutto specialisti e insegnanti) l'attuazione di ciò che serve per uscire dal disturbo.
Strumenti come questo opuscolo, partecipare alle iniziative mirate, attivarsi per migliorare la conoscenza del mutismo selettivo nel proprio territorio, studiare i testi disponibili e metterli in pratica, sono le basi per combattere un disturbo che è superabile, ma che necessita di tutti noi per diventare qualcosa che riguarda il passato e non più il futuro.