

MUTISMO SELETTIVO

Sviluppo, diagnosi
e trattamento multisituazionale

A cura di
Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia,
Michele Monticelli

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI PERCORSI E RICERCHE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI, PERCORSI, RICERCHE

Collana coordinata da Alberto Pellai

Pensata per insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari e genitori, la collana intende rispondere ai bisogni di prevenzione e promozione della salute in età evolutiva, utilizzando un approccio concreto e operativo. Di fronte alla costante richiesta di materiali e risorse, la collana si pone come una risposta reale, frutto dello sforzo multidisciplinare di medici, psicologi, educatori, ricercatori, pedagogisti e operatori sociali, alla necessità di assicurare all'infanzia e all'adolescenza il diritto fondamentale alla salute e al benessere.

Al mondo della scuola saranno offerti percorsi educativi validati e valutati, rendendoli disponibili per un'immediata replicazione da parte di insegnanti ed educatori; a tutti gli attori dell'educazione alla salute saranno dedicate opere di discussione e approfondimento dei principali nodi educativi, sia nei loro presupposti teorici che nelle ricadute pratiche.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

MUTISMO SELETTIVO

Sviluppo, diagnosi
e trattamento multisituazionale

A cura di
Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia,
Michele Monticelli

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI Percorsi e Ricerche
FrancoAngeli

In copertina: Marianna Bussola, Notte. Parole dei dormienti. Memoria del gelo profondo

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione, di *Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia, Michele Monticelli* pag. 7

Parte I - Sviluppo e trattamento del mutismo selettivo

- 1. Panoramica sul mutismo selettivo**, di *Marco Bani, Emanuela Iacchia* » 15
- 2. Concettualizzazione del mutismo selettivo nell'esperienza di clinici esperti**, di *Gabriele Travagin, Michele Monticelli, Ilaria Mauri* » 36
- 3. Fattori di mantenimento del mutismo selettivo**, di *Michele Monticelli, Gabriele Travagin, Marta Pierantoni* » 61
- 4. Trattamento multisituazionale del mutismo selettivo: il modello MST**, di *Giorgio Rezzonico, Michele Monticelli, Gabriele Travagin, Emanuela Iacchia* » 79

Parte II - L'intervento nelle diverse situazioni

- 5. Il contesto terapeutico**, di *Emanuela Iacchia, Giorgio Rezzonico, Laura Belloni Sonzogni, Marco Vicari* » 109
- 6. Il contesto familiare**, di *Emanuela Iacchia, Salvatore Gentile, Paola Ancarani* » 150

7. Operare nel contesto scuola , di <i>Claudio Longobardi</i>	pag.	190
8. Aspetti operativi del trattamento multisituazionale , di <i>Giorgio Rezzonico, Michele Monticelli, Emanuela Iacchia</i>	»	206
9. Il contesto residenziale: i soggiorni terapeutici , di <i>Emanuela Iacchia, Michele Monticelli, Gabriele Travagin, Andrea Colonna Cottini, Emanuela Verna</i>	»	217

Appendici

I. Medici in Famiglia. Il Centro Medico per tutti , di <i>Paolo Colonna</i>	»	257
II. La realtà associativa AIMuSe , di <i>Elisa Marchio</i>	»	260
Riferimenti bibliografici	»	263
Gli Autori	»	280

Introduzione

di *Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia, Michele Monticelli*

I contributi di questo volume si pongono come riferimento e testimonianza dell'evoluzione nel modo di concepire e trattare un disturbo specifico come il Mutismo Selettivo (MS) e indicano le linee di trattamento di cui presentiamo la concettualizzazione operativa originale. Nel tempo, il MS è stato considerato da diverse prospettive e attualmente il DSM-V (2013) lo colloca tra disturbi d'ansia. La sintomatologia è facilmente riconoscibile in quanto consiste nell'assenza di parola nei differenti contesti sociali del bambino o dell'adolescente. Per contro, riteniamo non sufficientemente definito sia l'approfondimento teorico sia la ricerca sui meccanismi che ne facilitano l'insorgenza, lo sviluppo e le dimensioni in grado di orientare il trattamento clinico. Si consideri che il MS è un disturbo relativamente raro che fino a qualche tempo fa non era riconosciuto oppure veniva confuso con altre condizioni d'interesse clinico. Queste difficoltà sono in parte presenti tutt'ora e possono costituire un problema per avviare precocemente – come opportuno – il processo di trattamento.

Nel tempo si è passati dalla concezione in cui il MS veniva considerato quale scelta intenzionale del soggetto – mutismo *elettivo* – alla visione adattiva e multifattoriale del modo di costruirsi ed esprimersi del disturbo stesso. Il MS tende a configurarsi come risposta rigida di autoprotezione nei confronti di situazioni sociali temute, che si declina in modo differente nei vari contesti di vita del bambino o dell'adolescente quali la famiglia, la scuola e il tempo libero. Tuttavia, l'aspetto che preoccupa maggiormente i familiari, i clinici e gli adulti che si confrontano con questa situazione è rappresentato dall'assenza di parola nell'ambiente scolastico. Nella maggior parte dei casi la comunicazione verbale è mantenuta specie nell'ambito familiare ma bloccata soprattutto a scuola. Proprio per questo il MS è spesso riconosciuto ed emerge quale problema in età scolare.

Il concetto cardine di questo testo che orienta la lettura del MS e cambia il modo di concepirne il senso è la sua *dimensione situazionale*, intesa come la specificità dell'insieme di ambiti e relazioni che contribuiscono in modo peculiare al suo sviluppo e mantenimento. Sebbene alla base del MS sia presente un intenso stato emotivo ansioso, il blocco verbale e l'evitamento della comunicazione assume significati differenti all'interno dei differenti contesti. Ne consegue che il trattamento del MS non possa limitarsi all'acquisizione della parola all'interno del setting tradizionale – la terapia individuale – ma debba evolversi verso un intervento integrato, che agisca in modo coordinato e strategico nelle varie situazioni di vita. Tali specifiche difficoltà di comunicazione spesso mettono in difficoltà il processo terapeutico in quanto il mutismo ostacola lo scambio verbale che è alla base degli interventi clinici basati sulla parola.

L'intento di questo volume è di definire attraverso un lavoro di ricerca il senso dell'intervento sul MS preservandone la complessità e considerando i diversi ambiti di vita in cui si manifesta con caratteristiche peculiari. Una prospettiva che offra il senso all'intervento consentendo di agire in modo specifico e al tempo stesso flessibile in ciascuno degli ambiti di vita del giovane¹. Si pensi alla sua esigenza di vivere il tempo libero e il rapporto con i pari, alla scuola e alle sue regole sociali, alle vicissitudini familiari, così come si considerino le varie fasi di età in cui il MS può manifestarsi che si riflettono inevitabilmente sugli ambiti relazionali appena considerati. Per ciascuna di queste situazioni così articolate sono state sperimentate modalità d'intervento derivanti da diverse prospettive cliniche cognitive sistemiche e che nella nostra esperienza e riflessione posso convergere nell'alveo dell'orientamento costruttivista o cognitivo-relazionale, nella logica dell'integrazione nel modello di trattamento che abbiamo definito multisituazionale (*Multi-Situational Treatment, MST*).

Nella *prima parte* del volume, dopo l'introduzione al MS e allo stato dell'arte su tale tematica, presentiamo il nostro lavoro di ricerca finalizzato a ricostruire le dimensioni di senso che orientano lo sguardo sul MS e divengono la bussola per integrare le differenti prospettive, metodologie e tecniche esposte nei capitoli degli interventi operativi. In particolare viene raccontata la ricerca impostata secondo la logica qualitativa della *Grounded Theory*, che consente di concettualizzare il fenomeno del MS e il relativo processo di trattamento. Tale percorso ha coinvolto ben 61 clinici che sono stati intervistati e che hanno narrato la loro esperienza di lavoro con il MS offrendo la base empirica necessaria per articolare i fat-

1. Nel volume useremo spesso l'espressione "giovane" in riferimento al bambino o adolescente con MS per rendere più agevole la lettura. Nel caso di specificità e differenze in base all'età del giovane, proporremo adeguate precisazioni.

tori di mantenimento del disturbo e le dimensioni che fondano il modello MST. Quest'ultimo è da intendersi come la mappa che guida il terapeuta nell'interrogarsi continuamente sulla scelta dei differenti "attrezzi clinici" a disposizione. La chiave di lettura che viene proposta è di fatto "in divenire", a partire dalla singolarità del caso, ma allo stesso tempo orientata dai principi generali individuati tramite la ricerca e l'esame della letteratura.

La *seconda parte* del volume, è dedicata alla presentazione delle modalità specifiche e agli accorgimenti d'intervento nei vari ambienti di vita della persona con MS. È la parte più eterogenea sia per linguaggi che per prospettive e rappresenta la descrizione della "cassetta degli attrezzi". Ciascun capitolo presenta infatti sensibilità e logiche differenti, ma tra loro integrate e guidate dai principi individuati nel modello MST. *In primis* viene approfondita la *situazione terapeutica*, ossia il lavoro diretto del terapeuta con il bambino e l'adolescente finalizzato a favorire l'apertura espressiva. Successivamente si esplorano la *situazione familiare* e la *situazione scolastica*, prendendo in esame le criticità, le opportunità e le risorse presenti in tali situazioni.

Infine, il volume si conclude con la descrizione dell'esperienza dei *soggiorni terapeutici* con bambini e adolescenti mutoselettivi e le loro famiglie. Questi soggiorni rappresentano la componente più innovativa del modello MST e in essi sono presenti i diversi aspetti anche tecnici del MST descritti nei capitoli precedenti, offrendo possibilità uniche di cambiamento nel percorso di cura.

Nel volume sono anche presentati, trasversalmente ai differenti capitoli, due esempi clinici: il caso di *Matilde* e quello di *Cecilia*, rispettivamente una bambina e un'adolescente con MS. Questi esempi descrivono in chiave narrativa la possibile applicazione del trattamento MST e la sua declinazione nei vari ambiti di vita descritti, compreso il soggiorno terapeutico. Tali casi, trattati secondo il modello MST, sono stati scelti e ricostruiti in quanto indicativi della modalità di procedere che descrive e articola gli aspetti trattati nel volume.

In sintesi il libro offre sia la "cassetta degli attrezzi" comprensiva del loro manuale di utilizzo, sia il senso dell'uso di questi ultimi e le loro finalità specifiche per il MS. All'operatore è richiesto il contributo riflessivo e creativo per costruire l'intervento lasciando ampio spazio alla propria esperienza e professionalità.

Gli argomenti trattati si rivolgono in primo luogo a psicologi clinici e psicoterapeuti che si occupano a vario titolo di MS, ma si prestano a essere una risorsa preziosa per differenti professionisti che operano nell'ambito dell'educazione e cura in età evolutiva, quali insegnanti, educatori, pediatri, neuropsichiatri e psichiatri e che possono entrare in contatto con tali condizioni problematiche.

Ringraziamenti

Siamo grati a diverse persone, enti, istituzioni e organizzazioni che sono stati fondamentali per la realizzazione del lavoro clinico e di ricerca presentato in questo volume. Il modello MST è stato sviluppato, all'interno dell'ambulatorio per il MS di *Medici in Famiglia (MiF)*² con il sostegno dell'*Associazione Italiana Mutismo Selettivo (AIMuSe)*³, nella persona dell'attuale presidente Elisa Marchio e di altri collaboratori.

Un ringraziamento particolare va a Paolo Colonna, co-fondatore e presidente di *Medici in Famiglia*, che ha creduto con passione in questo progetto seguendolo da vicino e raccogliendo il sostegno della *Fondazione DeAgostini*, della *Fondazione Oliver Twist*, del *Fondo Solidarietà Intesa San Paolo*, dell'*Associazione Progetto Panda* e della *Fondazione JOY*. Questi preziosi contributi hanno reso possibile la ricerca, lo sviluppo dell'ambulatorio clinico specialistico e la realizzazione dei soggiorni terapeutici residenziali per MS. Ad oggi queste esperienze costituiscono un *unicum* nel panorama nazionale e, con queste caratteristiche, anche internazionale.

Desideriamo ringraziare le numerose famiglie e i giovani che abbiamo incontrato nei percorsi terapeutici che ci hanno accordato fiducia, restituito entusiasmo e spronato nel continuare alimentando, assieme ai risultati incoraggianti, la nostra passione e impegno.

Per lo sviluppo della ricerca e conseguentemente del modello MST è stato fondamentale il contributo dei clinici intervistati: troverete uno spazio a loro dedicato nel secondo capitolo.

Vogliamo sottolineare il valore dell'appassionato confronto fra tutti i colleghi che hanno contribuito a realizzare, in particolar modo, le esperienze terapeutiche residenziali. I soggiorni hanno beneficiato del qualificato contributo di più tirocinanti e allievi delle scuole di formazione in psicoterapia cognitiva di Como diretta da Adriana Pelliccia e della scuola *NOÛS* di Milano diretta da Fabio Giommi.

Un sentito riconoscimento agli altri numerosi volontari che hanno offerto con entusiasmo e impegno sostegno agli aspetti organizzativi.

Il nostro lavoro sui soggiorni terapeutici è strettamente connesso ad Armeno, località situata in provincia di Novara nei pressi del lago d'Orta, dove siamo stati ospitati dalla Fondazione De Agostini nella "magica" *Casa Vacanze Anna e Giuliana Boroli Drago*. La comunità di questo paese, sollecitata dall'insostituibile custode Fulvia, dall'appassionato sindaco Pietro

2. Per comprendere in modo approfondito la realtà di *Medici in Famiglia* si rimanda all'*Appendice I*.

3. Per approfondire la conoscenza della realtà associativa si rimanda all'*Appendice II*.

Fortis, dall'instancabile Elisa e dagli altri volontari della Casa dei Padri ci hanno accolto mostrandosi sempre disponibili a offrire risorse e a sensibilizzare il proprio territorio. Infine un sentito grazie a Chiara Colombo per i suoi preziosi suggerimenti.

Gennaio 2018

Parte I

Sviluppo e trattamento del mutismo selettivo

1. Panoramica sul mutismo selettivo

di *Marco Bani, Emanuela Iacchia*

Fra i problemi dello sviluppo che possono entrare a far parte della vita familiare, modificando le abitudini e le aspettative, il mutismo selettivo (MS) rappresenta uno dei più complessi. Tale complessità è data da molteplici di fattori:

- la sua relativa rarità;
- la carenza di modelli esaustivi e validati che lo inquadrino; nella sua multidimensionalità;
- la carenza di trattamenti consolidati e di provata efficacia;
- il conseguente impatto che questa poca chiarezza ha sulle famiglie che vivono, insieme ai propri figli, questo disturbo.

Nei successivi paragrafi cercheremo di declinare ciascuno di questi fattori per fornire uno stato dell'arte sufficientemente chiaro a tutti gli attori coinvolti nella diagnosi e nel trattamento del disturbo, cercando di delineare alcune linee di sviluppo che costruiscano il punto di partenza per un modello multifattoriale esplicativo e di intervento del MS, illustrato poi nei successivi capitoli.

1. Definizione e inquadramento diagnostico

Il MS è un disturbo caratterizzato dalla persistente incapacità di parlare in alcuni contesti specifici – a scuola, oppure a casa, o in altri contesti sociali – o nell'interazione con alcuni interlocutori specifici – gruppo dei pari, adulti ecc. – con i quali ci si aspetterebbe invece una normale competenza linguistica verbale. Il disturbo si manifesta pur di fronte al normale sviluppo generale e in particolare all'adeguato sviluppo del linguaggio per l'età ed a una mantenuta capacità di parlare e comprendere la propria lingua in altri contesti.

Trattandosi di un problema selettivo si presenta in modo articolato in differenti contesti, per esempio i bambini affetti dal disturbo possono

comunicare con dei gesti, annuendo o scuotendo la testa, stratonando o spingendo l'interlocutore o, in alcuni casi, con delle brevi espressioni monosillabiche o talvolta utilizzando dei toni di voce alterati.

In relazione all'inquadramento diagnostico il MS ha vissuto negli anni un progressivo cambiamento che si nota riflesso nei principali manuali diagnostici di riferimento ed è interessante vedere schematicamente questa evoluzione per mettere in luce le nuove conoscenze che condotto all'attuale inquadramento (Tab. 1).

La lentezza con cui sono avvenute queste modifiche è connesso alle limitate conoscenze sul MS e la conseguente difficoltà di impostare un quadro coerente e comprensivo di tipo diagnostico e terapeutico. Tuttavia nell'ultimo decennio si è assistito al crescente interesse, alimentato soprattutto dalla maggiore pressione esercitata dalle parti sociali sul tema (associazioni, famiglie), che ha permesso l'accelerazione nello studio del disturbo e l'incremento di dati che sta aprendo a evidenze più solide di quelle fino a ora disponibili.

Al di là degli aspetti storici della classificazione diagnostica, brevemente riassunti in Tab. 1, ciò che emerge è un sostanziale allineamento tra l'ultima edizione del DSM e l'ICD 11 – ancora in preparazione – sui principali aspetti del disturbo:

- il nome diventa coerentemente lo stesso “mutismo selettivo”, eliminando l'anomalia elettivo/selettivo che lasciava una confusione di fondo sulla natura selettiva o generalizzata del disturbo;
- il mutismo selettivo viene spostato dai disturbi dello sviluppo e inserito tra i disturbi d'ansia con una propria autonomia e tale scelta supporta gli sforzi che hanno ampliato il focus dall'età evolutiva comprendendo anche l'età adulta nel decorso del disturbo.

Quest'ultimo elemento è quello che più di ogni altro cambia la prospettiva nello studio del disturbo: se infatti fino ad ora il focus è rimasto sempre sul disturbo specifico dell'età evolutiva con la relativa specifica connotazione categoriale e sostanzialmente indipendente da qualunque altro costrutto, l'averlo inserito in una posizione differente ne mette in luce la collocazione sul continuum dei disturbi d'ansia.

Lo studio di un disturbo categoriale raro è estremamente difficile perché i campioni clinici su cui sviluppare studi diagnostici e di intervento sono troppo piccoli e quindi non generalizzabili. Al contrario una sua rilettura in termini dimensionali, ponendolo lungo un continuum – quello dell'ansia – ne permette lo studio in modo più semplice perché è possibile impostare studi di diagnosi e intervento anche su popolazione non clinica ma che manifesta alcune caratteristiche del disturbo. In questo modo possiamo assumere che i meccanismi causali e i fattori di mantenimento del MS siano evidenziabili anche in sotto-campioni della popolazione generale che presenta però alcune caratteristiche specifiche (Muris *et al.*, 2016).

Tab. 1 - Confronto tra le principali caratteristiche dei sistemi diagnostici (adattato da Sue Newman, Co-Founder, Selective Mutism Foundation)

	DSM-III e III-R (1980-1987)	DSM-IV e IV-R (1994-2000)	DSM-5 (2013)	ICD 10 (1992)	ICD 11 (2018)
Nome	Mutismo elettivo	Mutismo selettivo	Mutismo selettivo	Mutismo elettivo	Mutismo selettivo
Sezione	Disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza	Disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza	Disturbi d'ansia	Disturbi del funzionamento sociale ad esordio nell'infanzia o nell'adolescenza	Disturbi d'ansia
Caratteristiche diagnostiche	Rifiuto deliberato di parlare con chiunque in qualunque contesto	Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche (in cui ci si aspetta che si parli, per es. a scuola) nonostante parlare sia possibile in altre situazioni.		Caratterizzato da una selettiva e emotiva determinazione del linguaggio, in modo che il bambino dimostri una competenza linguistica adeguata in situazioni sociali specifiche (a casa), ma non riesce sempre a parlare in altre situazioni (definibili).	selettività coerente nel parlare, in modo che un bambino dimostri una competenza linguistica adeguata in situazioni sociali specifiche (a casa), ma non riesce sempre a parlare in altri contesti (a scuola).
Fattori predisponenti	Iper-protezione genitoriale, possibili traumi, ritardo mentale, disturbi del linguaggio	Iper-protezione genitoriale, possibili traumi, ritardo mentale, disturbi del linguaggio	Iperprotezione/controllo genitoriale, inibizione sociale/timidezza nei genitori, neuroticismo, predisposizione genetica (condivisa con ansia sociale)	/	/

Tab. 1 - segue

	DSM-III e III-R (1980-1987)	DSM-IV e IV-R (1994- 2000)	DSM-5 (2013)	ICD 10 (1992)	ICD 11 (2018)
Decorso	La maggior parte dei casi dura alcune settimane o mesi con una minoranza di casi che persiste e continua per diversi anni	Il decorso è molto variabile da pochi mesi a diversi anni. In alcuni casi, associati ad una severa fobia sociale, il disturbo può diventare cronico	La persistenza è variabile e il decorso sconosciuto; anche se alcuni casi singoli suggeriscono una remissione spontanea i sintomi dell'ansia sociale tendono a rimanere	/	/
Prevalenza	Meno dell'1%	Meno dell'1%	Tra lo 0.03 e l'1%	/	/
Differenze di genere	Leggermente prevalente nelle femmine	Leggermente prevalente nelle femmine	Non ci sono differenze di genere rilevanti	/	/

C'è un'ulteriore implicazione legata all'inserimento del MS tra i disturbi ansia ed è relativa alla sua qualificazione come disturbo internalizzante, secondo la classificazione di Achenbach e Rescorla (2001), pur non dimenticando che una parte – minoritaria – delle diagnosi di MS mostra invece maggiore contiguità con i disturbi esternalizzanti. Si tratta di una collocazione che toglie ogni dubbio sulla natura generale del disturbo ma al tempo stesso consente di individuare sotto-popolazioni che possono manifestare anche componenti oppositivo-provocatorie (cfr. fattori di rischio temperamentali).

Attualmente la diagnosi di mutismo selettivo proposta dal DSM-5 prevede:

- l'incapacità costante di parlare (assenza di comunicazione verbale) in situazioni sociali nelle quali invece ci si aspetterebbe la normale performance linguistica e nonostante in altre situazioni tale capacità sia mantenuta (criterio A);
- il disturbo deve durare per almeno un mese, facendo attenzione a rimandare la diagnosi a dopo il primo mese dall'inizio di una nuova esperienza scolastica (criterio C); questo perché talvolta il confrontarsi con un nuovo ambiente sociale e relazionale può accompagnarsi a una transitoria reticenza nel parlare, alimentata dalla preoccupazione per la nuova situazione, tuttavia dopo un fisiologico periodo di adattamento la situazione tende a normalizzarsi. Per evitare quindi dei falsi positivi il DSM-5, coerentemente con l'edizione precedente, suggerisce questa cautela;
- inoltre viene escluso come criterio diagnostico il disagio legato alla scarsa conoscenza della lingua parlata richiesta nel contesto sociale di riferimento (criterio D) e quest'ultimo aspetto è particolarmente interessante in relazione alle minoranze etniche che anche in Italia rappresentano una realtà consolidata. Non è quindi possibile porre la diagnosi se il bambino non parla a causa della scarsa conoscenza della lingua italiana;
- rimane il criterio relativo alla compromissione del funzionamento generale in particolare l'interferenza con i risultati scolastici o occupazionali e la comunicazione sociale in genere (criterio B), essendo le aree che più spesso si associano al disturbo;
- infine, come già presentato in dettaglio, viene posta particolare attenzione alla diagnosi differenziale con i disturbi del linguaggio, autismo, schizofrenia e disturbi psicotici (criterio E).

2. Prevalenza

Nel parlare di MS si sottolinea sempre la sua rarità, quasi a voler giustificare la scarsa conoscenza che abbiamo del disturbo; in effetti i dati a disposizione provenienti da differenti campioni e valutati con molteplici modalità stimano una prevalenza variabile tra lo 0.03% e l'1% (Tab. 2).