

La narrazione trasparente

di Caterina Corea

Psychologin FSP

(Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen)

*Chi non comprende il tuo silenzio
probabilmente non comprenderà nemmeno le tue parole*

E. Hubbard

Il Mutismo Selettivo fu identificato per la prima volta nel 1877 da Adolf Kussmaul, uno psicofisiologo tedesco, che lo definì come una condizione di "afasia volontaria" ("[aphasia](#) volontaria"); solo nel 1934 fu coniato il termine di "mutismo *elettivo*" (Tramer 1934). Entrambi i termini evidenziano e riflettono l'attribuzione di una volontarietà e di una scelta attiva da parte del bambino della condizione mutacica (Cohan et al. 2006).

L'accezione di "mutismo elettivo" è stata conservata nell'ICD-10 ([OMS](#) 1992; WHO 1992) e nel DSM-III-R ([APA](#) 1980) si parlava di "persistente rifiuto di parlare" in una o più situazioni sociali (quali la scuola), sottolineando di nuovo la scelta spontanea di questi bambini di non parlare.

La definizione di "mutismo *selettivo*" nell'ultima versione del DSM-IV- TR (APA 2000) ha portato non solo ad un cambiamento dell'etichetta diagnostica, ma soprattutto ad una significativa ridefinizione eziologica di questo disturbo. Al concetto di "rifiuto" si è quindi sostituito quello di "incapacità", abbandonando l'idea primordiale che il sintomo abbia una valenza consapevole e determinata e ponendo l'attenzione sul comportamento di selezione che il bambino effettua rispetto ai differenti ambienti e agli interlocutori con cui parlare (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). Tale selezione si può presentare a diversi livelli di severità e quindi per alcuni la limitazione funziona solo in pochi ambienti, mentre per altri può giungere a quasi tutte le situazioni sociali esterne alla relazione con i genitori e in alcuni casi più gravi il bambino può ridursi a parlare solo con uno dei genitori (in genere la madre) (D'Ambrosio e Coletti 2002; Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b).

Il DSM IV-TR (2000) inserisce il MS all'interno della categoria definita "Altri Disturbi dell'Infanzia, della Fanciullezza o dell'Adolescenza". I criteri diagnostici del DSM-IV-TR sottolineano la durata e la pervasività della problematica e la necessità di discriminare il MS da altri comportamenti mutacici di differente natura (Gordon 2001; D'Ambrosio e Coletti 2002; Moldan 2005).

Nello specifico il DSM IV-TR parla di "costante incapacità di parlare in situazioni sociali peculiari, nonostante il parlare sia possibile in altri ambiti (Criterio A). L'anomalia deve interferire con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale (Criterio B) e deve durare almeno da 1 mese (Criterio C). Inoltre, non si può parlare di vero e proprio MS se l'incapacità di parlare del bambino è spiegata da altre circostanze, quali il fatto che il bambino non conosca o non sia a proprio agio col modo di parlare richiesto in quella situazione sociale, condizioni di ospedalizzazione, gravi fattori socio-ambientali (Criterio D), oppure è spiegata dalla presenza di

altre problematiche di sviluppo, quali i disturbi del linguaggio e/o fonico-articolatori, le balbuzie, le aprassie, i Disturbi Pervasivi di Sviluppo (criterio E). Infatti, l'inibizione del linguaggio può essere un sintomo che si ritrova in molteplici forme psicopatologiche tra loro molto diverse quali l'autismo, i disturbi psicotici, il ritardo mentale, depressione o fobia scolare (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b).

Il Caso di L.

L. è una bambina di 7 anni e mezzo.

Sono a conoscenza della sua situazione dalla fine del mese di ottobre 2011, quando cioè la madre M. - una giovane donna di 36 anni - mi telefona (ha avuto il mio numero da una sua conoscente a sua volta parente di una mia paziente) dicendo di avere un problema che *“mi pesa sul cuore”*. Invitata a spiegare le ragioni di questo “peso” M. inizia a parlare: l'eloquio è veloce, la voce imbarazzata; percepisco quasi un senso di vergogna nell'espone quanto segue:

L. è la secondogenita di due figlie femmine; la sorella maggiore S. è una bambina di 9 anni e mezzo.

Da quando aveva 3 anni L. ha incominciato a manifestare disturbi nella comunicazione ovvero evitava di parlare in pubblico e ovviamente all'asilo attirando in questo modo la preoccupazione delle insegnanti. Per non sentirsi più ripetere che la bambina aveva problemi, i genitori acconsentono ad una visita con lo psichiatra di riferimento della scuola il quale diagnostica un “mutismo selettivo” (di questa diagnosi non sono a conoscenza di nessun certificato ndr) e propone una terapia con una logopedista. M. chiede al dottore la possibilità di intraprendere anche un percorso psicoterapeutico ma a questa domanda, a quanto riferito dalla signora, il dottore avrebbe risposto *“cosa si aspetta? Io la bambina non gliela posso riparare!”*.

Per non incrinare i rapporti con la scuola (qui in Svizzera il sistema scolastico è molto diverso, ndr) L. a cadenza settimanale si reca dalla specialista per due anni con l'unico vantaggio di aver trovato uno spazio in cui giocare con una persona adulta a sua completa disposizione. Le difficoltà a parlare in pubblico però sono rimaste. Attualmente non segue alcun trattamento.

Fisso il primo appuntamento per la settimana successiva ma chiedo ad M. di venire da sola.

La donna ha una corporatura minuta; curata nell'abbigliamento e nell'acconciatura. E' dolce nei modi ma spesso, mentre parla di L. - la figlia col problema - , digrigna i denti (rabbia repressa? ndr) e questo è un atteggiamento che perpetuerà nel corso di tutti i successivi incontri.

E' sposata con T. 42 anni, dal 2000; descrive il loro rapporto come stabile e sereno, il matrimonio è stato celebrato dopo 5 anni di fidanzamento. Lavorano entrambi nel settore vendite ma in due aziende differenti.

La primogenita S. arriva dopo tre anni dal matrimonio, L. dopo cinque; la signora spiega di aver avuto due cesarei programmati e che le bambine sono nate entrambe in salute.

Mentre spiega di non aver avuto particolari problemi nell'accudimento di S, rivela di averne avuti non pochi con L. *“piangeva sempre e non capivo mai per cosa, mi faceva disperare, quasi non la sopportavo”*.

Solo grazie al supporto di sua madre dice di essere riuscita a *“gestire”* la situazione e che al contempo questo suo vissuto d'impotenza la faceva sentire arrabbiata e controllata (che abbia attraversato una depressione post-partum? ndr).

Quando le chiedo qual è la preoccupazione più grande mi risponde piangendo *“non sopporto più la gente che mi chiede perché L. non parla mai! E io che ne so perché?”*.

Fissiamo un secondo appuntamento al quale chiedo sia presente la coppia.

Si presentano puntuali; lui è un uomo distinto nei modi e nella presenza ma dall'aria dimessa. Intuisco subito che si tratta di una persona dall'indole incredibilmente docile.

Nel corso dell'incontro anche T. esprime preoccupazione per la figlia ma, a differenza della moglie che descriveva L solo come *“muta, una bambola!”*, fa emergere anche l'aggressività con cui la bambina si relaziona tra le mura domestiche; descrive una L. sempre in tensione e litigiosa che parla addirittura urlando e *“costringendo i membri della famiglia ad obbedire ai suoi ordini”*. Quasi come se fosse stato svelato un segreto dopo questa affermazione del marito anche M. tratteggia in sua figlia L. un temperamento tutt'altro che remissivo. L. adesso è una bambina *“rigida, direttiva, incapace di farsi aiutare”*. Quando chiedo spiegazioni in merito M risponde raccontandomi diversi episodi; uno in particolare mi è rimasto impresso: madre e figlia si trovavano nella stanza da letto di quest'ultima in occasione di prepararsi per andare a dormire; la bambina, che all'epoca dei fatti aveva circa quattro anni, prova a mettersi il pigiama ma la madre interviene per aiutarla. A questo punto L. inizia a gridare, intima alla madre di allontanarsi immediatamente e protesta ancor di più quando M fa per uscire dalla stanza *“no - dice- devi restare, devi restare ma devi girarti all'angolo”*.

Raccontano della prima infanzia delle figlie descrivendolo come un periodo felice; entrambe le bambine hanno iniziato a camminare intorno a 12 mesi, sono cresciute in salute anche se minute come la madre; solo una particolarità fa emergere il papà proprio nel ricordo della prima parola pronunciata: S. ha detto *“papà”* verso i 12 mesi, L. ha detto *“posso?”* prima di compiere un anno e riferendosi alla volontà di poter avere un oggetto posto nel bagno di casa. L'evento li ha sorpresi al punto che ancora oggi è un momento da ricordare e raccontare come si fa con quegli eventi intimi che sono propri di ogni famiglia.

Mi raccontano di aver cambiato casa due volte: la prima nel 2008 ma sempre in un appartamento in affitto, la seconda nel 2011 in una casetta indipendente col giardino e acquistata.

(Da notare due cose. La prima: L. nel 2008 aveva tre anni, periodo coincidente con l'insorgenza del problema; la seconda: nell'ultimo incontro avuto con la coppia- pochi giorni fa- la donna a proposito dell'acquisto della casa del 2011 dice *“era ora, non ne potevo più; prima dovevo stare sempre attenta a non rientrare dopo un certo orario perché quando nelle scale L iniziava ad urlare avevo la paura che qualche condomino chiamasse la polizia”*).

Chiedo informazioni sulla primogenita S. e su come la stessa vive la situazione di L.

Emerge il quadro di una bambina intelligente e sensibile, protettiva nei confronti della sorella ma dispiaciuta allo stesso tempo della sofferenza che aleggia in casa.

Fissiamo il terzo appuntamento e chiedo di poter vedere solo S.

S. viene accompagnata dalla madre che, però, la lascia entrare sola nella stanza e l'aspetta per l'intera seduta nel salottino. S. è una bambina spigliata e solare. Bionda, incarnato pallido, occhi verdi. E' minuta e graziosa; i suoi modi sono quelli di una bambina educata e rispettosa ed emana energia positiva. Sorride è disposta al dialogo. Mi dice fin da subito di essere contenta di poter parlare con me. Mi spiega che durante la precedente terapia (si riferisce alla logoterapia fatta da L.) nessuno le aveva mai chiesto di poter dire quello che pensava.

Alla domanda *“cosa avresti voluto dire e cosa dici oggi di questa situazione”* risponde : *“ L. mi fa molto soffrire; si rifiuta di parlare quando invece parla benissimo e a casa è così aggressiva e*

dispettosa! Vuole sempre stare con me, viene alle feste delle nostre amiche ma poi non parla e tutti mi chiedono perché. Rispondo sempre che è timida, provo a rispondere al posto suo quando mi guarda con insistenza. Vorrei essere più dura: dovrà parlare prima o poi! Ma poi la vedo così indifesa e cedo, parlando al posto suo”.

S. è un fiume in piena quando parla e racconta (io associo le sensazioni che mi fa vivere al racconto fatto del rapporto con la sorellina malata dal protagonista del romanzo *La solitudine dei numeri primi*).

Nel corso della seduta più volte ho avuto l'impressione che lei fosse la “piccola mamma” di L. Ho avuto come la sensazione che sia lei a farsi carico di questo disagio al posto della madre; è come se lei esprimesse – oltre al dolore- anche la speranza di un cambiamento in L. e la propositività riguardo al futuro. E' come se provasse a sintonizzarsi sul malessere che pervade L. ma non avendo ancora gli strumenti adatti a volte ne resti schiacciata. Le chiedo direttamente la cosa che la fa soffrire di più *“il fatto che quando siamo sole, a casa magari, L. mi tratta male e io non capisco: siamo fuori e faccio tutto per lei e invece di ringraziarmi di volermi più bene, mi tratta male. La mamma dice che dobbiamo capire, io però non l'accetto”.*

Avendo a disposizione sul tavolo fogli e colori mentre parla fa qualche disegno, per lo più animali; uno molto carino è un gatto dalla cui bocca aperta in un fumetto si legge la scritta MIAO.

Quarto appuntamento, L.

L. è una miniatura; non conoscendo la sua storia e i suoi dati è una di quelle bambine di cui non si saprebbe decifrare l'età. Potrebbe essere una piccola adulta o una neonata molto grande: mi inquieta! La prima cosa che ho pensato vedendola *“è una vecchietta!”*.

Cammina con passo felpato, ha un sorriso di circostanza, è imbarazzata tuttavia non mostra resistenze nel lasciare la madre che l'ha accompagnata per entrare da sola nella stanza.

Mi guarda con stupore; non posso fare a meno di notare che ha lo stesso colorito, lo stesso colore degli occhi e dei capelli della sorella maggiore ma a differenza della prima mi ha trasmesso fin da subito un senso di insicurezza. Più la guardavo e più nella mia testa avevo la sensazione di avere di fronte un gattino spaurito e indifeso e temevo di comportarmi come un elefante in una cristalleria.

Provo a chiederle se sa perché si trova da me e con un filo di voce mi risponde *“sì”*. Da allora per il corso della seduta non cercherà più il contatto visivo né parlerà. Farà però diversi disegni, cosa per cui è portata (scoprirò solo diverse sedute dopo che la madre è un'artista, ndr). Noto che con lo scorrere del tempo la sua postura inizialmente rigida comincia ad ammorbidirsi e anche l'espressione del viso sembra addolcirsi: disegna quasi sdraiata sulla scrivania.

Avevo lasciato di proposito in vista il disegno fatto dalla sorella nella seduta precedente perché speravo diventasse un input di dialogo.

L. riconosce l'appartenenza e comincia a disegnare, senza parlare, lo stesso gatto. La sorpresa finale era che - nonostante i due gatti fossero identici in tutto e per tutto- al posto del fumetto con la scritta Miao la piccola L. disegna questo gatto con un fiore in bocca.

Il gatto di S. dunque ha la bocca aperta e produce un suono; il gatto di L. *“non può parlare”* perché deve tenere il fiore.

La seduta finisce e la piccola visibilmente rilassata, con le guance rosse rosse, mi dice quasi solo col labiale *“non pensavo tu fossi così”*.

La mia fantasia è che la bambina non abbia sentito la pressione di un adulto che le chiedeva di parlare come magari si aspettava e che abbia inconsapevolmente indicato una via da seguire proprio perché, forse, non si è sentita giudicata.

In maniera molto spicciola, il messaggio che mi è sembrato di cogliere sul momento è “io e mia sorella siamo molto simili ma io non posso essere come lei; anche se non parlo non sono cattiva (ho il fiore colorato in bocca) ma gli altri sembrano farmi capire il contrario”. E’ come se a L. non appartenesse una propria identità ma fosse riconosciuta solo per differenza dalla sorella (*non ho avuto particolari problemi nell’accudimento di S, mentre L. “piangeva sempre e non capivo mai per cosa, mi faceva disperare, quasi non la sopportavo” pag 2*)

Osservazioni

Da quel giorno io e la piccola L. ci siamo incontrate regolarmente a cadenza settimanale, escludendo i periodi di ferie programmati.

Aveva compiuto da poco 6 anni quando la vidi la prima volta; frequentava ancora l’asilo come ripetente poiché le insegnanti a causa del suo problema non avevano ritenuto opportuno farle frequentare la scuola.

E’ noto, ma evidentemente non a tutti, che un bambino con Mutismo Selettivo ha bisogno di piu’ tempo degli altri suoi coetanei per adattarsi e sentirsi a suo agio durante una valutazione. E’ noto che questi bambini siano molto esitanti e incapaci di prendere una iniziativa ed anche quando in condizioni favorevoli (esaminatori pazienti e benevoli, tempi di preparazione, simulazioni ecc) non si riesca a ridurre il livello d’ansia che li attanaglia i risultati delle valutazioni delle attitudini e conoscenze scolastiche potrebbero essere imprecisi o inesatti (E. Shipon-Blum,2010). Questo era il caso di L.

L. non parlava in alcun modo fuori casa, all’asilo stava in silenzio per ore ed anche con i parenti piu’ stretti “sibilava” qualche parola ma solo in presenza della madre. Pur conoscendo l’italiano si è sempre espressa anche con i nonni e gli zii italiani solo in dialetto svizzero: la madre prima e la sorellina dopo assunsero il ruolo di mediatrici dei suoi scambi con il mondo esterno. In terapia funzionava allo stesso modo. O quasi.

Eravamo entrambe su un terreno “straniero”.

Il dialetto svizzero è molto diverso dal tedesco che stavo imparando a scuola. Parlandomi in svizzero di fatto mi privava della possibilità di comprenderla totalmente: “annientava” quanto io avevo imparato a scuola. Di contro, io ero l’ennesima adulta che “doveva” aiutarla a farla parlare ma in qualche modo il mio modo di fare la destabilizzava (*“non pensavo tu fossi così”*, pag 4).

In realtà era come se L. fosse rinchiusa in un’autosufficienza narcisistica (A.Freud, 1965): c’era un ritiro dal mondo degli oggetti, me compresa, come barriera contro la situazione terapeutica. Era come se avvenisse un trasferimento silenzioso di tendenze anali presentate sotto forma di ostinazione, di ritenzione del “materiale di lavoro” (la sua voce che mi negava), di provocazione, di una serie di acting out tipici dei bambini che mi hanno creato diverse difficoltà.

L. nel corso della terapia ha fatto importanti progressi: adesso durante le sedute parla liberamente, a voce alta, quasi sempre si esprime in italiano; riesce meglio di prima ad associare i suoi stati d’animo alle situazioni. Ha compreso che alcune persone le stanno piu’ simpatiche di altre.

Frequenta la prima classe elementare con successo; parla a voce alta anche con diverse compagne ed è capitato di tanto in tanto che le invitasse a giocare a casa sua; durante l'intervallo a scuola non cerca più ossessivamente la figura rasserenante della sorella.

Ancora oggi però rifiuta di farsi toccare, baciare o semplicemente coccolare dalla sua famiglia. Con gli adulti di riferimento tra cui il maestro a scuola o i nonni e gli zii parla a bassissima voce e solo se interpellata; può raccontare per ore dei giochi che fa con il resto dei compagni ma ancora non riesce a parlare con loro.

All'inizio di queste osservazioni ho utilizzato consapevolmente il verbo riflessivo "incontrarsi" perché è stata solo la reciproca disponibilità a trovarsi, a vedersi in base a un accordo – quasi epidermico – di stare insieme, a determinare la possibilità di costruire uno spazio in cui il dialogo non fosse esclusivamente basato sulle parole.

Non è stato un percorso facile, e non è stato senza cadute.

La frustrazione derivata da un silenzio così ostinato, così inspiegabile razionalmente mi ha creato in più occasioni un profondo senso di inadeguatezza: *staro' facendo la cosa giusta? staro' andando nella direzione corretta?* Nonostante le mie domande, continui studi, approfondimenti, incontri con i genitori per supportarli ho avuto più volte la sensazione che le nostre sedute fossero prive di "senso".

L., la bambina-vecchietta arrivava sempre puntuale, sempre sorridente; L. si aspettava qualcosa da me e quegli occhi vivaci parlavano più di quanto all'inizio fossi in grado di comprendere.

Ero arrabbiata con me stessa, ho messo in discussione le mie capacità di terapeuta, ho cominciato ad accarezzare la fantasia che forse un farmaco sarebbe stata una buona soluzione. Il suo silenzio metteva in discussione l'immagine della guaritrice che cura con la parola destabilizzando di fatto il senso stesso del mio ruolo.

A. Ferro afferma che, nel momento stesso in cui il campo prende forma attraverso la costituzione del setting, diviene lo spazio-tempo di intense turbolenze emotive, di vortici di elementi beta che, urgendo e attivando la funzione alfa, iniziano a essere trasformati in elementi alfa – dotati prevalentemente di qualità visive (*il gatto di L. "non può parlare" perché deve tenere il fiore, pag 4*) – che costituiscono come mattoncini pittografati le sottounità compositive del pensiero onirico della veglia, del quale oltre che attraverso i flash visivi (Meltzer, 1982), possiamo avere notizia attraverso i derivati narrativi (Bezoiari, Ferro, Sacco 1995)

Queste considerazioni hanno uno stretto legame con tutto ciò che definiamo il "testo del paziente", ossia il bisogno del paziente di avere di avere un interlocutore che condivida le sue narrazioni (inserendosi in esse con un proprio contributo e partecipando così alla loro evoluzione) piuttosto che un analista che estragga significati e sostituisca al testo del paziente la "versione ufficiale della verità psicoanalitica" (Bollas, 1987).

Così solo quando – utilizzo testualmente le parole di Antonino Ferro – *mi sono lasciata transitare dalle emozioni della stanza d'analisi* e ho selezionato insieme a L. dalla marea di *rumori emotivi un'armonia narrativa ponendo in sequenza, in ritmi, in immagini quanto prima era confuso, caotico e preverbale*, solo quando cioè (e probabilmente solo per questo) ho messo in gioco le mie capacità creativo-trasformative rinunciando di fatto al mio *codice certo di lettura* (sicurezza del mio ruolo e del mio sapere, le verità precostituite su di me, sulla piccola paziente, sulla terapia) a cui difensivamente mi ero aggrappata, ho creato il vero "spazio" in cui accogliere le *onde emotive* che si generavano nella stanza (*L. "annientava" quanto io avevo imparato a scuola, pag 5*).

Lasciando sbiadire le mie “sicurezze” al sole accecante della “verità” della narrazione trasparente della paziente ho dato di fatto alla stessa l’opportunità di infrangere il muro del silenzio con la gioiosa vocalità tipica di una bambina della sua età .

Era il mese di ottobre 2012 quando L. porta un nuovo giocattolo in seduta.

Nel corso dei mesi avevo imparato a conoscere le sue bambole o gli animaletti di stoffa che in tante occasioni ci avevano permesso di superare l’angoscia del silenzio. Le bambole fino a quel giorno erano sempre state tutte belle, bionde con gli occhi azzurri e il faccino di ceramica: in effetti le assomigliavano tutte un po’. Potevamo fare dialoghi sempre nuovi perché col passare del tempo io avevo imparato un po’ di dialetto e lei aveva accettato pacificamente il compromesso della lingua tedesca. Quel pomeriggio però appare dallo zainetto “magico” che aveva sempre con sé, una bambolina vecchia: era Lucy, era diversa, era di stoffa, era nera con cortissimi capelli ricci: “ Lucy parla italiano – disse emozionata e in perfetto italiano - e solo poco tedesco. Ce l’ho da quando ero piccola”.

Quel giorno L. mi diede la chiave per aprire la porta del suo dolore silenzioso.

Ancora oggi la utilizzo con cautela e lascio che sia lei a decidere per quanto tempo aprire.

Riferimenti Bibliografici

1. Bissoli C. Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell’infanzia dell’adolescenza*. Milano: Franco Angeli, 2003.
2. Bissoli C. Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell’infanzia dell’adolescenza*. Milano: Franco Angeli, 2007.
3. Bollas C.,(1987) *L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Tr. It. Borla 1989
4. Cohan SL, Chavira DA, Stien recensione Practitioner MB: interventi psicosociali per i bambini con mutismo selettivo: una valutazione critica della letteratura 1990-2005 *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 :1085-1097
5. D’Ambrosio M, Coletti B. L’intervento cognitivo-comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo. *I care*
6. 2002;27:97-103.
7. Ferro A., *La tecnica nella psicoanalisi infantile*, Raffaello Cortina Editore, 1992
8. Freud A., *Normalità e patologia del bambino*, Feltrinelli 1965
9. Freud S., *La psicoanalisi infantile*, Newton Saggi 2010
10. Grinberg L., Sor D., Tabak de Bianchedi E., *Introduzione al pensiero di Bion*, Raffaello Cortina Editore 1993

11. Hartmann B., Lange M., Mutismus im Kindes-Jugend und Erwachsenenalter, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2007
12. Katz-Bernstein N., Selektiver Mutismus bei Kindern, Reinhardt 2007
13. Meltzer D., Quaderni di Psicoterapia Infantile, 1982
14. Moldan MB. Selective mutism and self-regulation. Clinical Social Work Journal 2005;33:291-306
15. Shipon-Blum E., Comprendere il Mutismo Selettivo, La Meridiana 2010
16. Tramer M., Elektiver Mutismus bei Kindern, Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 1934
17. Vecchio J, Kearney C. Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2005;27:31-7.