



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

MUTISMO SELETIVO: O SILENCIO QUE SE OCULTA NO CORPO E AS TERAPIAS ALIADAS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Elisa Maria Neiva de Lima Vieira

RESUMO

Atualmente, o *mutismo seletivo* é definido como um transtorno de ansiedade, no qual a criança apresenta incapacidade de falar e se comunicar em ambientes sociais selecionados. É mais frequente no sexo feminino, tem início antes dos 5 anos de idade, podendo persistir até a idade adulta. É provável ser um transtorno com etiologias variadas. Estima-se que mais de 90% das crianças com mutismo também sofram de fobia social ou ansiedade. Crianças com mutismo seletivo podem apresentar transtorno do processamento sensorial. O presente artigo apresenta um estudo de caso realizado com uma criança de seis anos do sexo masculino, assim como o diagnóstico e manejo clínico realizado na situação explanada, através da terapia comportamental e psicoterapia corporal.

Palavras-chave: Mutismo. Seletivo. Psicologia. Ansiedade. Tratamento

O nome Mutismo Seletivo é descrito como a falta na produção da fala sem anormalidades estruturais. Isto significa, que nos quadros de mutismo seletivo, geralmente, não há comprometimento de outras estruturas fisiológicas do ser humano. Observamos que a criança mutista pode apresentar outras *comorbidades*, mas até onde sabemos o mutismo seletivo não está relacionado com dificuldades efetivas de voz. Alguns estudos recentes apontam para a possibilidade de uma baixa perda auditiva.

A atual edição, DSM-IV-TR (APA, 2000) afirma que os seguintes critérios devem ser seguidos a fim de se qualificar um diagnóstico de mutismo seletivo: incapacidade de falar em pelo menos uma situação social específica onde o ato de falar é esperado (por exemplo, na escola), apesar de falar em outras situações (por exemplo, em casa); a duração do mutismo seletivo é de pelo menos, um mês e não se limita ao primeiro mês escolar; a incapacidade de falar não é devido a uma falta de conhecimento ou desconforto com o idioma principal necessariamente utilizado nas situações sociais.

Os primeiros relatos sobre casos de Mutismo Seletivo datam do século IX, porém existem poucas pesquisas sobre seu tratamento e etiologia. Em 1877 *Kussmaul* o definiu como uma afasia voluntária em pessoas que não falavam em algumas situações, mesmo não tendo nenhum problema na comunicação oral.

Em 1934, *Tramer* usou o termo mutismo eletivo para crianças que somente se



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

comunicavam em determinadas situações e com pessoas específicas, mas não falavam na maior parte das situações sociais.

A ansiedade manifesta é o fator impeditivo para o ato de falar. Embora as crianças tenham preservada habilidades de fala eles não tem habilidades sociais suficientemente boas ou desenvolvidas, e isto faz com que permaneçam um longo período de tempo sem falar em contextos sociais, sendo que desta forma seu comportamento se difere do que é esperado para o desenvolvimento “normal” de uma criança ou adolescente.

As causas mais frequentes de ansiedade na criança são: predisposição genética, que se manifesta às vezes sem causa aparente; padrão de reação aprendido que leva a criança a ver o mundo como algo amedrontador; sensação de desamparo causada pelo sentimento de desproteção diante de situações perigosas ou sentida como difíceis para se lidar; antecipação de fracasso ante algo com o que talvez não consiga lidar; agressividade ou hostilidade reprimida com relação a alguma figura representativa na vida da criança: pais, irmãos, professores, colegas, etc.

Podemos entender a ansiedade como irracional (se o indivíduo em questão apresenta um quadro fóbico e tem habilidade de enfrentar a situação ou objeto temido e não existe um perigo claro iminente), ou como ansiedade racional que é baseada em déficits de habilidades, sendo necessário que o profissional em questão ensine aos pacientes habilidades específicas para o enfrentamento. (Caballo, 2014)

Em geral as crianças e adolescentes com mutismo seletivo e ansiedade social quando estão submetidas a situações que desencadeiam estes sintomas com maior intensidade, apresentam: recusa do contato visual (evitação do contato olho a olho ou declínio da cabeça), evitam que seu rosto fique à mostra, podem responder eventualmente as perguntas com gestos (considerados respostas não verbais) e corporalmente são crianças franzinas, desprovidas de energia.

É necessário que se faça uma breve descrição dos quadros que podem ser apresentados pelas crianças com mutismo seletivo, que vão além do quadro ansiógeno, caracterizado por um estado emocional de apreensão, preocupação ou inquietação em relação a uma ameaça em potencial.

Na ansiedade infantil, observam-se *manifestações fisiológicas* (respiração alterada, sofrimento abdominal difuso, rubor, urgência urinária, tremor, distúrbio gastrointestinal), *comportamentais* (evitação da situação que causa ansiedade, voz trêmula, postura rígida,



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

choro, roer as unhas, chupar o dedo), e *cognitivas*. O *transtorno de ansiedade de separação* também considerado nos casos de Mutismo Seletivo, podem acontecer a partir dos três anos de idade, quando a criança se afasta da casa (por exemplo início do processo escolar) e dos pais, havendo por parte da criança, uma preocupação irreal e persistente durante o período de separação quanto a danos que podem ocorrer com figuras às quais ela está ligada. (Malagris e Castro).

Entendemos como *fobia* um temor persistente, irracional exagerado e invariavelmente patológico de algum tipo de estímulo ou situação específica; ocasiona um “desejo compulsivo” de evitar o estímulo temido; a fobia social é entendida como o medo de humilhação pública, como falar em público, apresentar-se na frente dos outros ou comer em público. Este tipo de fobia esta diretamente relacionada aos casos de Mutismo Seletivo. Os *ataques de pânico* são caracterizados por sintomas fisiológicos recorrentes e intensos que ocorrem com frequência na ausência de indicadores desencadeantes identificáveis ou específicos. A observação em crianças de 8 a 17 anos refere: aceleração cardíaca, náusea, ondas de calor, frio, tremores falta de ar.

Segundo Lippi, as sensações de estresse podem ser internas e externas e podem estar envolvidas na origem de vários distúrbios, tanto físicos como psicológicos. O stress é uma reação do organismo diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes e pode manifestar-se tanto no corpo quanto na mente. O aparecimento de depressão e ansiedade igualmente pode estar relacionado ao estresse. As fontes externas de estresse na criança podem ser: mudanças significativas ou constantes, responsabilidades em excesso, excesso de atividades, brigas ou separação dos pais, escolas, morte na família, exigência ou rejeição por parte dos colegas, disciplina confusa por parte dos pais, doença e hospitalização, nascimento de irmão, injustiça no contexto familiar, medo de pai alcoólatra, troca de professores na escola, mudança de babá, pais ou professores estressados, doença mental dos pais pai.

As fontes internas de estresse na criança são: ansiedade, depressão, timidez, desejo de agradar, medo do fracasso, preocupação com mudanças físicas, medo de punição divina, dúvidas em relação a própria inteligência ou beleza, interpretações amedrontadas de eventos simples, medo dos pais morrerem, medo que alguém morra porque sua morte foi desejada em momentos de briga, medo de ser ridicularizado por amigos, sentir-se injustiçado sem ter como se defender, desacordo entre as exigências de sucesso e o verdadeiro potencial.

O presente artigo traz a narrativa de um caso de mutismo seletivo de um menino com



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

seis anos de idade, filho único, diagnosticado com transtorno obsessivo compulsivo, fobia social e Mutismo Seletivo. Foram realizadas entrevistas iniciais com os pais, uso do Inventário de Sintomas de Estresse Lipp, Escala Fatorial de Neuroticismo e Auto-Análise Descritiva de Vida.

A conduta clínica se deu através de entrevistas diagnósticas com a criança para confirmação do diagnóstico de mutismo seletivo e outros sintomas relatados pelos pais. Seguiu-se com a elaboração de um plano terapêutico incluindo terapia conjunta pai x criança uma vez por semana com 1 hora de duração, técnicas de dessensibilização, exercícios de relaxamento; encaminhamento para equoterapia; feed back da escola e centro hípico para início da equoterapia.

Observou-se nos genitores, alto grau de ansiedade, depressão e estresse na fase exaustão, fato este que afirma que sendo o Mutismo Seletivo um transtorno com etiologias variadas, pode estar associado a questões genéticas. Após sessões de técnicas de dessensibilização e relaxamento a criança mostrou diminuição significativa do TOC e fobias, iniciando contato terapêutico (efetivação do vínculo), sem fala dirigida à terapeuta.

Houve alta aderência a todas as técnicas de relaxamento inseridas no início de 20 consultas. Progressivamente aceitou contato físico e instituiu contato visual. Este ponto foi considerado de grande relevância para o tratamento, pois se observava a formação de um vínculo fortalecido, aceitação do tratamento proposto e desejo de melhora.

A opção de realizar a terapia conjunta com o pai veio pelo fato de que ambos permaneciam muito tempo distantes, sendo que a relação da criança com a mãe aparentava ser simbiótica. O pai foi um elemento facilitador na terapia. Ambos realizavam as tarefas em conjunto e aos poucos inseriam a terapeuta em seu contexto, fato este que deixou a criança mais confiante e acessível ao trabalho terapêutico. Vale ressaltar que a criança apresentava repulsa em trabalhar com matérias que fossem sujá-la: massa de modelar, argila entre outros. Aos poucos houve a superação deste comportamento através dos modelos dados pelo pai e pela terapeuta. Durante o tempo de tratamento, a criança foi atendida em duas clínicas diferenciadas, fato importante a ser considerado. No primeiro momento, a dupla pai x criança permanecia com a terapeuta em uma sala com portas fechadas. Em um segundo momento, a criança passa a ficar sozinha com a terapeuta sendo que a porta que une a sala de espera e a sala do profissional permanece aberta. A porta só seria fechada caso a criança consentisse. Aos poucos a criança toma a atitude de fechar a porta progressivamente mas está ciente de



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

que seus pais podem ser chamados. Este procedimento é utilizado por esta psicóloga, pois é considerado como um fator de redução da ansiedade.

Na equoterapia iniciou contato verbal com todos os terapeutas da equipe, logo nos encontros iniciais e posteriormente com a psicóloga clínica no momento da alta. A fala da psicóloga sempre assume uma entonação e colocação positiva: *“ok V’, eu entendo que você está se esforçando para poder falar e isto é ótimo. Sei que você gosta dos cavalos e se dá muito bem com eles. Consegue controlar com força cavalos grandes e você ainda não é tão grande assim, mas um dia será. Você conseguiu falar com todos os terapeutas do centro de equitação e eu fico muito feliz por você. Como eu disse no início, quando nós nos conhecemos, eu não espero que você fale comigo. Mas falar é algo muito importante e você está conseguindo. Você tem amigos na escola, perto de sua casa e novos amigos que fez aqui. Agora você consegue olhar nos meus olhos, tocar as minhas mãos. Isto é muito bom! E, como eu sei que você vem de longe para me ver, eu acho que neste momento nós podemos começar a nos despedir, pois você alcançou um grande sucesso. Aos poucos nós vamos parar de nos ver, ok?”* *“tia Elisa?(levanta a cabeça e olha para meus olhos), eu queria te contar que eu sofro, para você poder me ajudar, e eu queria vir te ver mais um pouco.”* (sic)

Neste ponto, é imprescindível ressaltar que o trabalho com crianças com mutismo seletivo é árduo para nós terapeutas. Muitas vezes nos sentimos impotentes, congelados diante da criança e da família que nos pede ajuda. É necessário que o *terapeuta ouça o que o paciente não diz*, e este é o trabalho do profissional psicólogo.

Antes de alimentar a expectativa de que meu paciente jamais falaria comigo, eu precisei ter clara a necessidade de que poderia embutir em nossa relação outras formas de comunicação, para que eu pudesse ouvi-lo de outras maneiras. Afinal é a isto que nós psicólogos nos dispomos: ouvir e olhar, com a mansidão merecida por cada caso sem imprimir juízos de julgamento ou valores. Vivi anos em busca de explicações. Foi um tempo em que minha angústia e ansiedade eram latentes. Obviamente eu esperava que a qualquer momento ele pudesse vir a falar comigo. Sempre me questionava: seria um trauma? O que em sua estória poderia me mostrar isto? Atitudes de birra ou manha? Vergonha? Evitação? Estávamos todos juntos, mas ao mesmo tempo sozinhos. Acredito fielmente que ele queria, mas não conseguia falar. E este não conseguir, era o que nos angustiava (aos pais e a mim). Até que em seu tempo, superando todas as expectativas, V’ iniciou contato verbal comigo, e com o mundo e pelo que ainda me é permitido saber até hoje, ele se mantém falante, pró-ativo, em



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

movimento.

Winnicott me acalenta, quando diz: “a mutualidade do encontro terapêutico pode favorecer a criação de laços de inter-relação entre o psíquico e o somático. Por outro lado é a atitude de cuidados que possibilita restabelecer o elo do psique/soma ameaçado, vitalizando de energia um novo corpo, produzido pela sensibilidade, afeto e novos vínculos.

O tratamento para o Mutismo Seletivo pode incluir além da psicoterapia a medicação para tratar a ansiedade que está subjacente a incapacidade da criança/adolescente em falar em determinadas situações. Para isto é necessário que o psicólogo trabalhe em conjunto com um profissional psiquiatra, especialista em desenvolvimento infantil. Algumas crianças com Mutismo Seletivo também se beneficiam de terapia ocupacional, terapia de integração sensorial, e outras intervenções que podem ser recomendados pelo profissional responsável pelo tratamento.

Os medicamentos são mais eficazes quando combinadas com estratégias psicológicas comportamentais, especialmente para ajudar a criança a manter os ganhos da comunicação ao longo do tempo.

A dessensibilização sistemática usada no caso em questão, envolveu o uso de técnicas de relaxamento, juntamente com a exposição gradual e sucessiva a mais situações que gerassem a ansiedade.

O treinamento de habilidades sociais também podem ser usados para reduzir a ansiedade e facilitar a fala com os colegas. Ele envolve o aprendizado para conversas iniciais; o lugar da criança no contexto social, o início gradativo do contato olho a olho, e o aprendizado da criança em observar e entender o comportamento não-verbal de outra pessoa.

Outras terapias usadas juntamente com o tratamento comportamental ou cognitivo-comportamental, embora não necessariamente estejam respaldadas por pesquisas científicas como geradores de ganhos para as crianças seletivamente mudas, visam aumentar a auto-estima da criança e fortalece-la emocionalmente em áreas de competência, reforço, pertencimento e aceitação. Estas podem incluir a aprendizagem de novas habilidades e ou incentivo à prática de esportes, música, artes, etc.

Algumas crianças seletivamente mudas, acreditam que não podem falar em configurações específicas sendo assim eles não podem exercer adequadamente suas habilidades de fala. Crianças com Mutismo Seletivo, podem se acostumar a não falar e, assim, assumir a auto-imagem da criança que não fala (Omdal, 2007). Esta profecia auto-realizável é



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

aquela que pode persistir sem intervenção apropriada. Quanto mais cedo a intervenção, melhor!

Por fim algumas propostas para entender e trabalhar com crianças com Mutismo Seletivo devem ser consideradas: aderir a uma boa relação com a criança é fundamental e isto se constrói aos poucos; não obrigar a criança a falar, impondo situações aonde o sentimento de ansiedade possa aumentar; oferecer muitas opções à criança, isto fará com que ela “deseje” se expressar, por exemplo: “Qual picolé você gostaria de tomar? Chocolate? Limão? Abacaxi? Morango?”; entenda que a criança pode e vai falar quando ela quiser e não quando for imposto a ela. A superação do mutismo seletivo é lenta.

As Etapas da Comunicação de uma Criança com Mutismo Seletivo podem ser descritas da seguinte maneira: “congelado”(não responde a nenhum tipo de intervenção); comunicação não verbal (gestos, desenhos); comunicação Verbal (sussurros e fala).

Ademais, educar as pessoas sobre Mutismo Seletivo é essencial, pois ainda não conhecemos o suficiente sobre este distúrbio e muitos se encontram em sofrimento devido a isto,

Conhecer as situações em que as crianças se sentem incomodadas e não incomodadas falando é fundamental. A criança precisa sentir-se confortável.

Manter uma rotina estruturada, estar com a criança em ambientes que lhe sejam seguros (receber amigos em sua casa antes de frequentar a casa de amigos; realizar atendimentos psicológicos, escolares em domicílio, receber o telefonema da professora); ensinar estratégias de controle da ansiedade e do estresse. Não obrigar a criança a falar como parte de uma tarefa (apresentações escolares); não permitir que outros falem pela criança.

Se a criança não se comunicar verbalmente com nenhuma pessoa da escola, institua o uso de cartões coloridos para pedidos importantes como “ir ao banheiro”, “ir beber água”.

Nunca obrigue uma criança com Mutismo Seletivo a olhar diretamente em seus olhos. Abaixar até a sua altura e converse com ela naturalmente; quando alguma atitude positiva e diferente da criança acontecer, ofereça uma recompensa.

Como já citado anteriormente, pesquisas recentes indicam que crianças com mutismo seletivo podem possuir transtorno de processamento sensorial, ou seja, a criança pode apresentar dificuldades em processar os estímulos, o que causam sintomas como hipersensibilidade ao som, visão, tato e fácil distração.

A escola e os professores devem aceitar vídeos produzidos pelos pais através de



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.

smartphones, tabletes para avaliação da aprendizagem da criança. É extremamente saudável que a escola permita que os pais entrem na sala de aula vazia com a criança e mostrem o espaço para ela. Isto deve se estender por toda a escola, geralmente em horários de troca de turmas aonde a escola tende a estar mais vazia.

É fundamental que a escola permita que os pais entrem com os filhos no espaço escolar, antes das aulas iniciarem. Por vezes pode ser feito uso de um rádio entre os pais e criança para que aos poucos o distanciamento entre eles vá acontecendo e a criança obtenha segurança.

O acolhimento aos pais é parte fundamental de todo o trabalho da criança com mutismo seletivo. As angústias e inquietações por eles apresentadas devem ser consideradas, sendo que os mesmos devem ser trabalhados terapeuticamente em conjunto com a criança ou de forma separada. Enfrentar esta realidade que ainda é nebulosa, para nós, é extremamente difícil para todos e ainda mais para eles.

Afinal, tudo o que nos é desconhecido nos assusta.

REFERÊNCIAS

CABALLO, V.E Manual de Técnicas de Terapia e modificação do Comportamento São Paulo: Santos, 2014.

LIPPI, M.E.N et al, Crianças Estressadas: Causas, sintomas e soluções Campinas Papyrus, 2000.

LOWEN, A. O Corpo em Terapia: a abordagem bioenergética, São Paulo, Summus, 1997.

TRINCA, W. Fobia e pânico em psicanálise, São Paulo: Vetor, 1997

RAPPE, R.M. et al, Helping your Anxious Children, Raincoast Books, Canada, 2008.

MCHOLM, A. E. et al, Helping Your Child with Selective Mutism, raincoastbooks, Canada, 2005

OMODAL, H. (2007) Jornal Europeu de Necessidades Especiais, 22(3), 237-253

SHIPON-BLUM, E. Fase de Transição da comunicação retirado do www.seletive-mutismcenter.org

AUTORA e APRESENTADORA



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

VIEIRA, Elisa Maria Neiva de Lima. Mutismo seletivo: o silêncio que se oculta no corpo e as terapias aliadas para diagnóstico e tratamento. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: ____/____/____.



Elisa Maria Neiva de Lima Vieira / Sorocaba / SP / Brasil

CRP 06462287 - Psicóloga clínica, formada pela PUC Campinas, pós graduada pela FCM Unicamp, especialista em Psicoterapia Corporal pelo Instituto Quarup (1998), especialista em psico-oncologia pela Sociedade Brasileira de Psico Oncologia e membro da referida sociedade, Fundadora do Núcleo de Estudos Psicológicos de Sorocaba, aluna da pós graduação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo IPCS, pesquisadora na área de mutismo seletivo há 18 anos.

E-mail: Elisa.neiva.vieira@gmail.com