

O TRANSTORNO MUTISMO SELETIVO E LUDOTERAPIA.

Daniela Menicalli*

RESUMO

Atualmente, as crianças estão sendo muito exigidas pela sociedade e, ao mesmo tempo, sentem-se carentes de afeto e proteção dos pais. Isto faz com que não consigam revelar sua personalidade. A terapia pode ajudá-las a buscar sozinhas seus caminhos e a se conhecerem melhor, reforçando seu sentimento de segurança.

Uma das maneiras para conseguirem isto, dentro de uma terapia, é com o emprego da ludoterapia, técnica em que a criança tem a oportunidade de, através do jogo ou brincadeiras, expressar seus sentimentos e problemas.

O desempenho do terapeuta, estando disposto a compreender e sendo genuíno em seu interesse pela criança, faz com que a criança relaxe, fique à vontade e sinta-se encorajada a compartilhar com ele seu mundo interior. Mas, sabendo que tudo depende da criança, com relação ao seu tempo de desenvolvimento, só no decorrer da terapia realmente se aprende.

Mesmo não havendo técnicas específicas e escassa literatura nacional sobre o transtorno mutismo seletivo, é possível uma terapia positiva, usando-se de habilidades e sensibilidade para fortalecer o vínculo terapêutico, de acordo com a necessidade dos pacientes.

Este trabalho procura mostrar o que são o transtorno de mutismo seletivo e a técnica de ludoterapia, indicada para trabalhos com crianças.

PALAVRAS CHAVE– *mutismo seletivo; mutismo eletivo; ludoterapia*

ABSTRACT

Nowadays children show difficulty to express themselves many times because of the family, the society and themselves.

A disturb that diagnosis one of these kinds of problem is know as seletive mutism.

Ludoterapy's technique can be used as an instrument for the psychotherapy's work of a child diagnosed with this disturb. It's necessary to know it in order to use it correctly..

KEY WORDS - *selective mutismo; elective mutismo; ludoterapia*

Mestre em distúrbios do desenvolvimento no Instituto Presbiteriano Mackenzie. Psicóloga clínica no Instituto de Psicologia Médica – Jundiaí, e professora de psicologia da aprendizagem na Faculdade de Ciência e Letras “Padre Anchieta”, “Vinhedo e Fitto.

INTRODUÇÃO TEÓRICA DE MUTISMO SELETIVO DE ACORDO COM OS MANUAIS DIAGNÓSTICOS CID-10 E DSM IV

O CID (Manual de Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas) mostra que as condições para o diagnóstico de mutismo seletivo, ou eletivo, são caracterizadas por uma seletividade marcante e emocionalmente determinada na fala, de modo que a criança demonstra a sua competência de linguagem em algumas situações, mas falha em outras (definíveis). Este transtorno, geralmente, é manifestado no início da infância e ocorre com aproximadamente a mesma frequência nos dois sexos. Usualmente, está associado a aspectos marcantes de personalidade, envolvendo ansiedade social, retraimento, suscetibilidade ou resistência. Tipicamente, a criança fala em casa, ou com amigos íntimos, mas é muda na escola, ou com estranhos. Outros padrões (inclusive o inverso) podem ocorrer.

Pressupõe-se, no diagnóstico:

1. um nível normal ou quase normal de compreensão da linguagem;
2. um nível de competência na expressão da linguagem, que é suficiente para a comunicação social;
3. evidência demonstrável de que o indivíduo pode e, de fato, fala normalmente ou quase normalmente em algumas situações. (de acordo com o CID-10).

Uma minoria de crianças com mutismo seletivo têm uma história, tanto de algum atraso da fala quanto de problemas de articulação. O diagnóstico pode ser feito na presença de tais problemas, desde que haja uma linguagem adequada para a comunicação efetiva e uma disparidade grosseira na utilização da linguagem conforme o contexto social, de modo que a criança fale fluentemente em algumas situações, e fique muda, ou quase muda, em outras (há falhas demonstráveis em falar em algumas situações sociais, mas não em outras).

ψ diagnóstico requer que a falha em falar seja persistente no tempo e que haja uma consistência e previsibilidade em relação às situações nas quais a fala pode ou não ocorrer.

ψ Perturbações sócio-emocionais estão presentes na grande maioria dos casos, mas não constituem parte dos aspectos necessários para o diagnóstico.

ψ Aspectos anormais de temperamento (especialmente suscetibilidade, ansiedade e retraimento sociais) são usuais e o comportamento de oposição é comum.

Comparando o diagnóstico da CID-10 com o do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), a característica essencial é o fracasso persistente em falar em situações sociais específicas, nas quais existe a expectativa para falar, por exemplo: na escola, apesar de falar em outras situações.

ψ A interferência na realização escolar, ocupacional ou na comunicação social, isto é, comprometendo o seu funcionamento adaptativo.

Funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios

de independência pessoal, esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sócio-cultural e contextos comunitários específicos.

ψ Para fins de diagnóstico, esses déficits devem durar, no mínimo um mês, não contando o primeiro mês de escolarização (porque neste período muitas crianças podem se mostrar tímidas, evitando falar).

O mutismo seletivo não pode ser diagnosticado caso o indivíduo apresente uma falta de conhecimento de linguagem usada, ou do idioma necessários para a situação social, ou se apresenta alguma relação com os transtornos de comunicação, invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia e psicótico.

ψ As crianças com este transtorno podem comunicar-se por gestos, escrita, acenando com a cabeça e em alguns casos, por vocalizações monossilábicas curtas, ou em tom de voz alterado.

ψ Algumas características associadas ao Mutismo seletivo podem ser, às vezes, excessiva timidez, dependência, medo de embaraço social, isolamento e retraimento social, negativismo, acessos de raiva e agressividade.

ψ É ligeiramente mais comum no sexo feminino, sendo um caso raro, encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de saúde mental. Geralmente, tem início antes dos 5 anos de idade, durando alguns meses, mas podendo persistir por vários anos.

DISCUSSÕES SOBRE MUTISMO SELETIVO

Existe uma discordância na consideração do Mutismo seletivo, se seria um problema separado, único, ou se é um sintoma dentro de um outro tipo de transtorno, como no caso de uma Fobia Social e que o silêncio não está presente isoladamente no sujeito.

Timidez familiar e reserva são características centrais na maioria dos casos. A maioria dos especialistas em mutismo seletivo diz que este transtorno aparece em crianças que são extremamente tímidas, ou com ansiedade social.

A história familiar da criança com mutismo seletivo denota timidez extrema, ansiedade desordenada, fobia social, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, podendo colocar a criança em risco para o desenvolvimento de um problema semelhante.

Tancer (1992) discute que o fato deste transtorno ser caracterizado por apenas um sintoma, permite a inclusão de outros possíveis transtornos concomitantes na criança, como fobia social, ou reação a estranhos e a possibilidade para etiologias variadas.

Baldwin e Cline (1991) oferecem uma discussão extensa da avaliação em mutismo seletivo. Eles apontam para a necessidade de explorar a família e as histórias circundantes à criança. Eles acreditam que é necessário examinar a situação atual, de quanto e com quem a criança fala, e explorar três itens importantes: a) o

meio de comunicação para a criança, de que maneira o silêncio poderia estar ajudando a criança a controlar certas situações; b) que são do seu interesse, jogos de ansiedade; c) e, também, o ambiente, para se descobrir qualquer pessoa, ou fator que possa estar ajudando a manter o mutismo seletivo.

Hayden (1980) indica também que há mais subtipos de sintomas com estas crianças, do que simples silêncio, e que há uma necessidade de mais intervenções no comportamento da criança, como a terapia familiar e a ludoterapia, que parecem ser alternativas lógicas, devido à presença de problemas familiares nos relatórios de investigação, o que também é confirmado por Baldwin e Cline (1991). Estes autores acreditam que a ludoterapia oferece um ambiente seguro, sem pressão, para a fala, permitindo que a criança possa vir a se comunicar de uma maneira confortável.

Embora alguns autores digam que a modelagem, seja a maneira mais comum de tentar mudar o comportamento dessas crianças silenciosas, isto é, reforçar as aproximações sucessivas ao comportamento desejado, e as intervenções que apenas trabalham num nível superficial. Se o mutismo seletivo é causado por um problema mais severo, como abuso, ou é sinal de um transtorno, como a fobia social, então tratamentos que enfocam apenas o sintoma são insuficientes. Esta é uma razão até para a necessidade de avaliações adicionais, que possam clarificar se o mutismo seletivo é um transtorno único ou indicação de um problema mais severo.

Até o momento, não há nenhum consenso relativo às causas e subtipos, ou à possibilidade que o mutismo seletivo simplesmente seja um sinal de algum outro transtorno. É provável que o mutismo seletivo seja um transtorno com etiologias variadas. Um diagnóstico cuidadoso e uma boa seleção de terapia são importantes.

Kratochwill (1979) fez uma revisão bibliográfica sobre o mutismo seletivo e relatou que crianças que tinham passado por um tratamento durante a infância, com a cessação dos sintomas, após 7 a 9 anos mais tarde, não apresentavam um quadro de ajustamento acadêmico e social. Isso leva a confirmar que, para algumas crianças com mutismo seletivo, possam existir outros fatores além do sintoma do transtorno.

Não importa qual intervenção vai ser escolhida pelos terapeutas e sim em estarem atentos para qualquer plano de tratamento que possa levar muito tempo para ser eficaz. Krohn (1992) relatou intervenções que duraram até 2 anos para cessarem os sintomas. O tratamento de mutismo seletivo requer consideração cuidadosa de numerosos fatores e um processo de generalização bem planejado.

A terapia atual aceita modificação de comportamento, participação familiar, envolvimento escolar e ludoterapia. É provável que até mesmo depois que o mutismo seletivo estiver superado, a criança possa vir a sofrer sintomas significativos de timidez e ansiedade social na adolescência, ou na maioridade. Isto sugere que o papel do psicoterapeuta não deve terminar quando a criança alcançar a fala em nível social.

Os médicos pediatras também poderiam ajudar também, se perguntassem às mães como é a fala da criança quando inicia a vida escolar; com certeza, o índice de

crianças com mutismo seletivo poderá ser maior e sua descoberta mais precoce, pois atualmente a criança esta indo cada vez mais cedo para a escola, isto que facilitaria o tratamento. Quanto mais velha a criança for diagnosticada, mais situações sociais estarão acontecendo em sua vida, e isto significará mais dificuldades.

ENTÃO, COMO DIAGNOSTICÁ-LO ?

Geralmente, o transtorno inicia-se em crianças com menos de 5 anos de idade, podendo durar alguns meses ou ir até a idade escolar, ou mesmo persistir até a vida adulta.

A característica essencial é o fracasso persistente da criança em falar em situações sociais específicas, (podendo ser: na escola, com amiguinhos em brincadeiras, com a família ou não). O próprio nome do transtorno já esclarece, a criança seleciona com quem fala.

Outra característica diagnóstica é se a ausência da fala está prejudicando seu relacionamento social num todo.

O tempo de ausência da fala tem duração mínima de 1 mês, excluindo o primeiro mês de escolarização, para ser diagnosticado como tal.

O mutismo seletivo deve ser diferenciado das perturbações da fala, melhor explicadas por um transtorno da comunicação, como transtorno fonológico, transtorno da linguagem expressiva, transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva ou tartamudez. Diferentemente do Mutismo Seletivo, a perturbação da fala nestes transtornos não se restringe a uma situação social específica. O mutismo seletivo deve ser diagnosticado apenas em uma criança cuja capacidade de falar foi estabelecida em algumas situações sociais (por ex., tipicamente em casa). A ansiedade e a esquiva social na Fobia Social podem estar associadas com o mutismo seletivo. Nesses casos, ambos os diagnósticos podem se dados.

As crianças com este transtorno podem se comunicar por gestos, acenando, balançando a cabeça ou com vocalizações monossílabas.

Estas crianças não são mudas, elas sabem e podem falar, mas apresentam dificuldades para isto.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TÉCNICA LUDOTERÁPICA

Atualmente, os brinquedos estão sendo usados como instrumento diagnóstico ou mesmo para simples interação ou 'conversa' com as crianças, uma vez que o brincar é a sua maneira de se expressar e de interagir com o meio.

Freud, Melaine Klein e Winnicott contribuíram significativamente no estudo do brinquedo como instrumento de investigação e intervenção clínica.

O que ocorre numa sessão ludoterápica é interpretado, segundo uma visão

psicanalítica (KLEIN, 1932), como a expressão de conteúdos internos e externos do mundo da criança. A atividade lúdica é a maneira pela qual a criança expressa essa realidade..

Num contexto clínico, a literatura tem demonstrado que o brinquedo cumpre uma função que vai de seu caráter desinteressado, tanto que a criança utiliza-o como recursos para veicular suas angustias, sua problemática e para dizer o que está necessitando, e assim tentar superar suas dificuldades.

Desse modo, o brinquedo, numa situação clínica, ganha outros significados que aquele apreciado pelo leigo.

“Ao oferecer a criança a possibilidade de utilizar o brinquedo ou o jogo dentro de um contexto particular, cria-se a possibilidade da configuração de um campo, determinado pelas variáveis internas da personalidade da criança. Ela pode, por isso mesmo, atualizar no aqui e agora um conjunto de fantasias ou de experiências passadas possibilitando o surgimento de modificações estruturais de sua maneira de interagir com o mundo, provocadas pela própria situação em si e principalmente pelas interferências do terapeuta”. (EFRON, 1976)

No atendimento ludoterápico, é oferecido a criança uma caixa contendo vários objetos, com forma definida ou não, por exemplo, bonecos, carrinhos, guaches, massinhas de modelar, módulos de montar, etc. Pode-se analisar como a criança por intermédio desses materiais (significantes), projeta suas fantasias e conflitos (significados), e como articula os símbolos e suas ações.

Os brinquedos oferecidos à criança propiciam o jogo simbólico, a fantasia e a imitação. O brinquedo, como instrumento, pode ser avaliado pelo significado das ações sobre ele, bem como pelas possíveis estruturações que se processam conforme a interação que a criança tem com o objeto. Além disso, pode-se investigar como essas estruturações das ações e suas representações correlacionam-se com as estruturações do seu mundo afetivo.

BRINCAR E JOGAR:

Sabe-se que o brincar está diretamente vinculado ao mundo infantil, investindo a criança, no seu dia a dia, grande parte de sua energia na atividade lúdicas. Quando se fala em brincadeira infantil esta se referindo a uma atividade muito ampla, envolvendo níveis diversos que vão desde o brincar com o próprio corpo, passando pelo brinquedo livre, até chegar ao jogo estruturado.

A criança joga e brinca porque precisa elaborar situações traumáticas, expressando, uma forma pré-verbal, seus problemas fundamentais. A função do jogo e do brinquedo não é só de descarga de fantasias, mas de busca de satisfação dos desejos de forma sublimada. A possibilidade de ativar a fantasia no brinquedo, somada à capacidade de observação e de personificação é indispensável para uma atividade mental

Jogo e brincadeira por vezes são entendidos como uma mesma situação. Embora estes termos sejam freqüentemente intercambiáveis, não são idênticos no significado, uma vez que se relacionam com diferentes estágios do desenvolvimento infantil; a brincadeira refere-se ao estágio mais primitivo, enquanto que o jogo à uma etapa mais amadurecida.

Para Bettelheim (1979), a distinção entre o jogo e a brincadeira são de grande importância. Embora ambos sejam utilizados num mesmo contexto, seus significados não são os mesmos.

A brincadeira está diretamente vinculada às atividades da criança onde as únicas regras existentes são aquelas criadas por ela mesma, flexíveis, e evidenciando um solto envolvimento da fantasia; não existem objetivos fora da atividade em si. Já os jogos trazem consigo o componente competitivo e exigem a utilização se seu material de um modo predeterminado pelas regras, excluindo a ação livre da imaginação, no sentido de que a criança não pode inventar coisas.

Isso se refere, principalmente, à possibilidade de sucessivas associações que o brinquedo livre propicia e que o jogo, em função de suas características pré-estabelecidas de funcionamento acaba limitando a criança.

Os jogos apresentam o objetivo externo à atividade em si que é de vencer.

As regras servem para restringir a descarga dos impulsos (atuação). Elas entram em cena como uma representação, uma imposição da realidade incluindo o outro. O jogo faz com que a criança admita a presença do outro, da realidade, e a assumir as conseqüências da jogada.

Outro aspecto importante para Bettelheim em relação ao jogo, é o brincar em conjunto. Somente brincando com os outros é que se experimenta uma das maiores satisfações da vida: funcionar bem com os outros. À medida que a criança adquire um certo nível de amadurecimento e passa a desfrutar da relação com o outro (o companheiro), desperta o seu interesse pelos jogos. Enquanto que no brinquedo a satisfação encontrada está ligada à expressão das fantasias e dos desejos surgidos do mundo interno, no jogo prevalece a relação com o outro e com a realidade (que esta implícita nas regras).

Os jogos trazem bons benefícios como a ensinar a controlar os impulsos, permitindo, de forma segura, descarregar simbolicamente as agressões, os problemas afetivos, permitindo que a criança trabalhe psicologicamente estes conflitos, expressando suas angústias e diferentes maneiras de lidar com seus sentimentos. No jogo, em função das regras, dos procedimentos e da própria relação com o outro, está presente o ego, suas funções e todo o raciocínio voluntário e consciente que também determina a ação e o desencadear do pensamento.

Brincando, a criança busca resolver simbolicamente seu presente, além de preparar-se para o futuro. Em outras palavras, o brincar expressa os modos atuais de organização da personalidade da criança "e funciona... como um estruturante às organizações mais tardias" (Lebovici, 1985)

O psicoterapeuta precisa entender exatamente como é este jogo para a crian-

ça, para poder penetrar no seu mundo. É necessário devolver este entendimento na linguagem da criança, tornando o momento psicoterápico único, onde ele pode fazer a ligação entre seu mundo interno, o 'aqui e agora' do jogo e as coisas que lhe acontecem fora da sessão.

COMO INICIAR UM TRATAMENTO?

Como em todo atendimento com criança, deve-se fazer uma anamnese com os pais, para saber ao certo se esta criança apresenta o diagnóstico de mutismo seletivo.

Este transtorno vem sempre acompanhado por um trauma emocional muito forte para a criança, algo que o abalou. Depois observar esta criança, suas brincadeiras, se for possível, (ela pode não se envolver com o psicoterapeuta inicialmente), tentar sentir o paciente, mostrar cumplicidade, para enfim conquistar sua confiança.

Não existe uma forma única de como tratar este transtorno, existe a disponibilidade do terapeuta em usar sua criatividade para conseguir de alguma forma se comunicar com esta criança.

A Ludoterapia pode ajudar muito. Desenhos, trabalhos com massa de modelar, pinturas. Deixar a criança sentir que o espaço psicoterapêutico a pertence, podendo ser ela mesma neste ambiente, em busca de uma melhora, de um amadurecimento.

CONCLUSÃO

A intenção deste trabalho é mostrar a possibilidade de se usar a técnica ludoterápica num processo psicoterapêutico de crianças diagnosticadas com o transtorno mutismo seletivo, a respeito do qual é escassa a literatura.

A criança com mutismo seletivo não consegue se expressar pela fala. Dependendo do nível em que o transtorno se encontra, apresenta pouco ou nenhuma expressão facial, sendo de difícil acesso o vínculo com o psicoterapeuta.

A ludoterapia nos permite observar esta criança e começar a perceber em que 'mundo' ela está vivendo, conhecendo suas limitações, suas dificuldades, seus interesses e principalmente uma abertura deste 'mundinho'. Mundo do qual o psicoterapeuta deve fazer parte para ajudar a criança a trabalhar psiquicamente todas as suas angústias e a produção da fala.

A essência de um bom trabalho com crianças é o psicoterapeuta usar de toda a sensibilidade, dedicação, carinho e, principalmente, ser genuíno para com ela, respeitando suas necessidades e seu tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDWIN, S., & CLINE, T. (1991). *Helping children who are selectively mute*. Educational and Child Psychology
- BETTELHEIM, B. *Uma vida para seu filho*. (1979). Rio de Janeiro: Ed. Campus Ltda.
- CID – 10 – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. (1993) Coor. Organiz. Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DSM IV – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (1995) Trad. Dayse Batista – 4.º edição. Porto Alegre; Artes Médicas.
- EFRON, A .M. et al. (1976) *La hora de juego diagnóstica* In: OCAMPO, M. L. et al. *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. 4. Ed. Buenos Aires, Nueva Visión, vol. I, p. 195 – 221.
- HAYDEN, T. L. (1980) *Classification of elective mutism*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry.
- KLEIN, M. (1975) *Psicanálise da Criança*. Trad. Ed. Mestre Jou. 2 ed. São Paulo, Mestre Jou.
- KRATOCHWILL, T. R. (1981) *Selective Mutism: Implications for research and treatment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- KROHN, D., WECKSTEIN, S M., & WRIGHT, H. L.(1992). *A study of the effectiveness of a specific*.
- LBOVICI, S. e DIATKINE, R. (1985). *Significado d Função do Brinquedo na Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- TANCER, N. K. (1992). *Elective mutism: A review of the literature*. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin.