

Voz subjetiva no mutismo seletivo

Subjective voice in selective mutism

**Tatiane Guimarães Pereira,
Alberto Olavo Advíncula Reis**

Resumo

Este artigo constitui o relato de um caso clínico de mutismo seletivo no âmbito de uma intervenção psicanalítica winnicottiana. Trata-se de um transtorno, segundo a Psiquiatria, em que há seleção da fala em determinadas situações sociais nas quais o sujeito não consegue comunicar-se oralmente, embora o faça nas relações de maior intimidade. Nesse contexto, a relação terapêutica foi mediada por diversas vias de expressão, como a escrita, a música, o desenho e o silêncio. A partir da construção de um espaço potencial simbólico e criativo, as descrições advindas das expressões esvaziadas de subjetividade tiveram um outro destino. Os encontros terapêuticos possibilitaram o ecoar da voz subjetiva de L. a partir da voz do terapeuta, emprestada momentaneamente à ela. Dessa forma, houve o reconhecimento de uma relação povoada por nomear sentimentos, experimentá-los e compartilhá-los no setting terapêutico e, timidamente, nas relações estabelecidas que ultrapassaram as fronteiras subjetivas e geográficas.

Palavras-chave

estudos de caso, mutismo seletivo, psicanálise.

Abstract

This article constitutes a clinical case report of selective mutism in the range of a winnicottian psychoanalytic intervention. According to the Psychiatry, it is a mental disorder in which there is speech selection in some social situations and the person cannot orally communicate although he or she can do it privately. In this context, the therapeutic relation was interceded by different ways of expressions like writing, music, drawing and the silence. As from the construction of a symbolic and creative potential space, the descriptions that followed the empty expressions of subjectivity had another destiny. The therapeutic meetings enabled the echo of L.'s subjective voice from the therapist's voice which was briefly lent to her. That way, there was recognition of a relation established by naming feelings, trying them and sharing them in the therapeutic setting and timidly in the established relations which crossed the subjective and geographic frontiers.

Keywords

Case studies, mutism, psychoanalysis.

Tatiane Guimarães Pereira

**Faculdade de Saúde
Pública da Universidade
de São Paulo**

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública USP. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva Lasamec e Docente de Psicologia da UNISO.

tatiane.guimaraes@usp.br

Alberto Olavo Advíncula Reis

**Faculdade de Saúde
Pública da Universidade
de São Paulo**

Psicólogo, Professor Livre Docente da USP. Coordenador do Grupo de Pesquisa Laboratório de saúde mental coletiva - Lasamec.

albereis@usp.br

Introdução

Mutismo seletivo segundo a Psiquiatria

Mutismo seletivo é um transtorno raro que se inicia em torno dos três anos idade em que há seleção da fala, ou seja, em determinadas situações sociais há ausência na comunicação verbal e, ao mesmo tempo, há facilidade para se comunicar em outras situações, geralmente no ambiente familiar, com parentes próximos (TURKIEWICZ et. al, 2008; LEVITAN, et. al., 2011). O Mutismo Seletivo é transitório para boa parte dessas crianças, não apresentando sinais após idade escolar. Embora passageiro para algumas crianças, tal vivência aponta para futuras dificuldades sociais, como o desconforto de falar publicamente (COHAN; CHAVIRA; STEIN, 2006). Mesmo sendo desconhecida sua etiologia, estudos estabelecem possível associação com transtorno fóbico (KRYSAŃSKI, 2003), de ansiedade (TURKIEWICZ et. al., 2008; YEGANEH, et. al., 2003) ou de ambos (RIBEIRO, 2013). Como diagnóstico descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) em 2013 deslocou-se do não mais existente capítulo dos Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência para compor os Transtornos de Ansiedade (APA, 2013). Atualmente defende-se a predisposição genética juntamente com aspectos emocionais (TURKIEWICZ et. al., 2008; VIANA et. al., 2009).

As características geralmente observadas são a excessiva timidez, medo e ansiedade exagerada em contextos e/ou na presença de pessoas estranhas (RIBEIRO, 2013). Concomitante a estas, são identificadas dificuldade para manter contato visual, expressão de sorrisos, respiração ofegante, taquicardia, como também não expressão dos sentimentos. A mesma autora afirma que não há associação significativa com prejuízos cognitivos como não aprendizagem, seja de conteúdos escolares ou regras sociais.

Sobre a terapêutica, esses estudos citam a possibilidade de medicação combinada com acompanhamento psicológico (TURKIEWICZ et. al., 2008; RIBEIRO, 2013). Tal intervenção terapêutica pode envolver a família, articulação com a escola como também técnicas de treinamento da linguagem. A atuação conjunta de uma equipe interdisciplinar também foi apontada como potencial para a evolução dos casos (TURKIEWICZ et. al., 2008; RIBEIRO, 2013; COHAN, CHAVIRA; STEIN, 2006).

Poucos estudos atuais em Psicologia propuseram um tratamento específico para o mutismo seletivo e, destes, boa parte baseia-se na perspectiva comportamental ou cognitivo-comportamental (MITCHELL; KRATOCHWILL, 2013; LANG et. al., 2016; O'REILLY et al., 2008; OERBECK, et. al., 2015).

Este artigo objetiva relatar uma compreensão de mutismo seletivo e suas possíveis formas de expressão subjetiva em âmbito clínico.

O diagnóstico foi estabelecido quando a paciente então com três anos de idade foi levada pela mãe ao serviço de pediatria de uma reconhecida instituição de saúde do sistema público do estado de São Paulo. A queixa apresentada consistiu então no fato de que a criança L. comunicava-se verbalmente tão somente com os pais.

Aos vinte e três anos, após sucessivas peregrinações por vários profissionais de saúde todas elas marcadas pela desmotivação e resistência por parte da paciente, L. veio, finalmente, por iniciativa própria procurar um acompanhamento psicológico em nível privado.

No primeiro encontro, antes de se apresentar, pediu, por meio de gestos, para escrever. Assim que lhe dei lápis e sulfite, L. começou a escrever e me entregou a folha. Contou, a partir das palavras escritas – forma de expressão que nos acompanharia por mais de um ano – que tinha mutismo

seletivo. Como já referido, L. parou de falar com as pessoas (exceto pais, irmãs e alguns parentes próximos) aos três anos de idade, de acordo com o relato da mãe. A partir daí, realizou acompanhamento psicológico em vários momentos, nos quais relatou perceber alguns avanços. Estes foram coincidentes à sua disponibilidade motivada pelo desejo “de vencer o bloqueio” (sic) e falar com as pessoas. A despeito desse desejo, contou que, em boa parte da vida, estava acomodada com sua situação e não sofria com a limitação com a qual inegavelmente convivia.

L. fez faculdade na área de saúde e, sob atestado médico, não se deparou com grandes obstáculos como para apresentar trabalhos em classe, por exemplo. Dessa forma, realizou os estudos também na educação básica, sem estabelecer vínculos profundos. Relatou duas amizades na infância mais próximas, nas quais conseguia comunicar-se a partir da leitura labial juntamente com uma voz baixa, quase inaudível. Na adolescência, o esporte serviu como via de inserção em um grupo, permanecendo até hoje o contato com duas colegas. L. foi construindo suas relações a partir da escrita, via mais formal de comunicação estabelecida com a maioria das pessoas como também da leitura labial, via mais íntima que mantém relações com poucas pessoas, exceto alguns membros da família para os quais ela relata falar espontaneamente.

Logo após escrever seu nome, explicou que sua mãe iria acompanhá-la nessa sessão, para falar por ela, contar a “minha história”, assim escreveu. Mas, por imprevistos, chegou apenas para buscá-la. Conversamos sobre a necessidade ou não da mãe falar sobre ela e da possibilidade de iniciarmos a partir de uma construção conjunta da nossa relação e em formas de comunicação consensuais pensadas no decorrer do acompanhamento.

Essas vias de expressão inicialmente se deram a partir de um rádio com músicas trazidas por L., de um desenho que fez em sessão, após pensarmos juntas em formas de L. compartilhar seu mundo comigo. No desenho, fez uma árvore grande, colorida e com vitalidade. Solicitei que falasse sobre a árvore. Ela escreveu: “Em um dia claro de primavera, o verde do campo e o verde vivo da copa de uma grande árvore eram bem aparentes. Com um tronco grosso e galhos firmes, era possível ver suas folhas balançando ao ritmo do vento que soprava forte e audível.”

Tal história poderia refletir em sua forma de se colocar, pois, assim como descreveu a árvore, descrevia sua vida para mim, como um relatório de atividades rotineiras desprovidas de uma subjetividade, sentimentos, frustrações e desejos, mesmo que implícitos. Expressava, assim, que também faltava uma voz interior. Embora a história da árvore seja descritiva, L. revela sobre um som emitido pelas folhas, denotando sobre seu desejo de ser audível socialmente.

Dessa forma, a sessão era norteadas pelas minhas perguntas e suas escritas como respostas a elas. Sendo assim, a dinâmica estabelecida era protagonizada por mim, terapeuta, responsável por preencher o vazio que ecoava na sala. Em uma das primeiras sessões deixei-a falar livremente sem algum direcionamento que partisse de mim. Ela pareceu se apropriar da sugestão, mostrando disponibilidade para pensar sobre algo que gostaria de fazer comigo naquele momento, no entanto ela não conseguiu propor, mantendo-nos no silêncio por toda a sessão. Na sessão seguinte contei a ela sobre a angústia que senti, e como deve ser triste não conseguir expressar-se e se inscrever no mundo espontaneamente.

O enquadre psicanalítico tradicional, portanto, não sustentava o acompanhamento, este deveria ser construído a partir de uma especificidade. O espaço que eu ofereceria à ela residiria na experiência de estabelecer uma relação com o outro, de uma forma mais ativa. L. vivia um estado de desafetação, pelo qual a impossibilitava de qualificar seus afetos, nomeá-los e simbolizá-los. Dessa forma, aparentava ter uma presença

funcional e apática no mundo, sem prover-se de um mergulho genuíno nas relações. L. relatava sobre várias atividades que praticou como tocar instrumentos, esportes, locais frequentados cujos investimentos rapidamente eram substituídos pelo desinteresse. L. parecia conviver com um vazio desprovido de uma diversidade de memórias da infância, vivências da adolescência, planos futuros, intensidade nos eventos, sentimentos e nas relações. Dinâmica essa não acompanhada de intenso sofrimento vivido por L., apenas eventualmente mencionava um ínfimo tédio por uma rotina esvaziada de atividades.

No decorrer das sessões, L. paulatinamente começou a planejar, juntamente com uma pessoa da família, de morar em outro estado para trabalhar como figurante, função com certa coerência biográfica, pois ficar em silêncio nas conversas e não ser a protagonista nas relações era uma posição familiarmente reconhecida. Inicialmente a família, em especial a mãe com sua superproteção relatada por L., resistiu à ideia, no entanto, L. insistiu e cada vez mais se apropriava desse desejo de mudança. Relatava buscar um espaço para si onde pudesse experimentar a autonomia e a tentativa de falar com as pessoas. L. acreditava que a distância física do lugar em que todos – e, inclusive ela mesma – engessavam-na a posição daquela que não fala.

L. mudou, mas continuamos o acompanhamento, ora presencial, ora via internet, modalidade seguida segundo os preceitos éticos do Conselho Federal de Psicologia, resolução 11/2018 (CFP, 2018). No novo espaço geográfico (e subjetivo), conseguiu experimentar e arriscar a fala, inicialmente emitindo-a de forma quase inaudível e, gradativamente, mostrando menos dificuldade. Segundo seu relato, consegue perguntar informações na rua e responder algo quando lhe perguntam. Essa mudança ilustra o avanço conquistado por L., embora ainda perceba o bloqueio, assim como é nomeado por ela, para expressar uma opinião, um desejo, um comentário provido de especificidade. Fato esse percebido como dificuldade para falar por receio das críticas e de como será vista como também da ausência de conteúdo para expressar.

Ainda assim, L. inseriu-se em grupos, exerceu pela primeira vez uma função correlata à sua formação. L. começou a lecionar, atuação pela qual exigia que a mesma se expusesse, era vista por aproximadamente quarenta pessoas seguindo suas orientações. Quando retornava a sua cidade natal, expressava-se como antes da mudança, parecendo deixar no outro estado todo seu progresso conquistado. Na relação terapêutica a comunicação apresentou evolução, deu-se a partir da leitura labial.

Embora L. relate pertencente a grupos de amigos, gradativamente foi percebendo seu lugar nos mesmos, preenchido por silêncio, vazios de falas, opiniões, restando-lhe uma possibilidade de ser e estar nesses grupos que tangia no prescindível. L. deseja colocar-se de maneira mais ativa a fim de marcar efetivamente sua presença.

Após alguns meses, L. trouxe o desejo de mudar de país, motivado por vivenciar novas experiências, culturas, línguas, pessoas. Após resistência da mãe, L. irá para outro país estudar uma língua, por um mês. No entanto, deseja ficar mais, parece impulsionada pela vivência anterior de mudança e consequente progresso, possivelmente foi movida pela fantasia de quanto maior deslocamento físico, maior evolução nas relações interpessoais.

Embora relate o desejo de falar com as amigas da cidade natal, L. não consegue ao menos contar a elas as mudanças que viveu na outra cidade. Parece que seu lugar na dinâmica das relações já construídas não é passível de um novo investimento e de novas possibilidades, ou seja, inscrever-se a partir da fala, protagonizar uma conversa. Também, esse lugar demonstra ser engessado e apropriado por ela e por todos que já a conhecem como a

“L. que não fala.”. Que ganhos secundários há nessa condição? Quais desejos inconscientes a sustentam no silêncio?

Certa sessão L. contou um sonho, no qual eu estava presente, junto com ela e uma amiga da infância com a qual L. conseguia falar. Estávamos numa mesa, L. saiu e ficamos eu e a amiga, conversando, L. lembrou apenas disso. Pensando juntas, o sonho nos remeteu ao possível desejo da L. de atribuir a mim a via única de esperança, a partir do saber transmitido pela amiga de como fazer a L. falar, para que eu possa aprender o “método” e assim instrumentalizar-me para auxiliá-la nas outras relações. Nesse contexto, conversamos sobre a nossa relação, o meu papel e seu protagonismo na própria história.

Sobre essa postura ativa, L. foi estudar em outro continente, movida pela busca consciente de aprender uma nova língua e inconscientemente de construir uma língua simbólica, que a inscreva nas relações e a constitua como sujeito. Combinamos de manter o acompanhamento via internet, mas isso não ocorreu. A mãe me contactou e avisou que L. estava com dificuldades de acesso à internet. Também contou que L. estava muito feliz e desejava morar por anos no local. Possivelmente o desejo que a impulsiona tem contornos do seu funcionamento concreto, norteados pela busca de uma subjetividade diretamente proporcional à distância geográfica que a separará da sua história pregressa e do seu posicionamento frente a ela.

Em relação aos prejuízos cognitivos ou tendências antissociais possivelmente associados ao mutismo seletivo, L. não apresentava tais sintomas como defende os estudos. No entanto, diferentemente da literatura, não apresentava sinais fóbicos, ansiosos ou dificuldade no contato na relação terapêutica. A timidez em demasia apontada como característica do portador de mutismo seletivo também divergia da maneira como a L. se colocava na análise. Mesmo apresentando comunicação empobrecida e de certa forma mecânica (ausência da fluidez presente na conversa falada), não demonstrava expressões que denotassem vergonha.

O mutismo seletivo entre parênteses: o olhar psicanalítico

O manejo clínico construído com L. foi possível a partir das consultas terapêuticas embasadas nos conceitos de Winnicott (1984). Apoiando-se na teoria do amadurecimento humano, em que a constituição do sujeito depende do encontro humano e da existência subjetiva do outro (WINNICOTT, 1975), a consulta terapêutica é construída a partir da postura ativa e de devoção do terapeuta tendo como modelo a função da mãe suficientemente boa. A devoção, nessa perspectiva, advém do cuidador que se adapta ativamente e compreende as necessidades do sujeito que recebe o cuidado (WINNICOTT, 1950). A função da mãe suficientemente boa, por sua vez, constitui-se na manutenção e na constância dos cuidados primários providos de afeto investidos de forma suficiente (nem em excesso nem em falta) para o amadurecimento físico e psíquico do bebê. Na consulta terapêutica, o analista reproduz essa função de amadurecimento ao construir um espaço de confiabilidade e disponibilidade destinado ao cuidado subjetivo do paciente (LESCOVAR, 2004; ARÓS, 2009).

Sendo assim, o espaço terapêutico construído com L. não residia em associações livres, interpretações ou postura passiva-neutra do analista, pois esse manejo pressupõe um paciente com recursos psíquicos para se expressar, simbolizar experiências e elaborar intelectualmente sobre seu sofrimento. As primeiras consultas com L. indicaram a necessidade da construção conjunta de um setting em que L. se sentisse acompanhada a partir da minha presença como o outro disponível, posição preconizada pelas consultas terapêuticas winnicottianas.

Em relação à posição silenciosa do analista, Green (1979) aponta duas funções nessa postura: o silêncio como figura do vazio e o silêncio como estratégia de calar-se. A segunda estratégia, a de calar-se, foi utilizada na segunda sessão, a fim de deixar emergir expressões da L. No entanto, esse mutismo estratégico ecoava e potencializava o mutismo de L., resultando numa experiência visivelmente angustiante. Procedi então a uma revisão dessa postura do silêncio como equivalente da escuta e me coloquei numa posição em que a encorajava a falar ou oferecer-lhe apoio verbal destinada a criar uma zona intermediária de potencialidades e de transicionalidades em que a palavra e a fala apareciam como objetos capazes de serem manipulados e usados neste espaço.

Nesse contexto, minha função foi definida pela perspectiva de estar junto a L., de ser capaz de dar um sentido ao gesto espontâneo de L., de, assim, construir um espaço potencial simbólico e criativo diante das descrições advindas da escrita ou da sua fala precária e vazia. Possibilidade essa de dar voz subjetiva, a partir da minha, emprestada momentaneamente à ela no reconhecimento de uma relação povoada por nomear sentimentos, experimentá-los e compartilhá-los comigo.

No decorrer dos encontros, foi inaugurado um fio de existência a partir do compartilhar de experiências mais substantivas. Este fato até então inédito inscreve-se em uma tentativa construção de uma relação mais autêntica, na qual ocorre seu reconhecimento e se esboça uma tentativa de desejar, de sonhar. Assim, as descrições de suas vivências cotidianas passam pouco a pouco a serem preenchidas de subjetividade, perdendo seu caráter de pura objetividade banal.

Ao mesmo tempo, L. foi experimentando colocar-se diante do outro, mesmo que de forma não espontânea e provida de pouca empatia em outras relações, circunscrita a princípio com pessoas desconhecidas. Seu discurso descritivo e quase ausente de emoções foi gradativamente e timidamente sendo preenchido por desejos antes não presentes em seu mundo interno e, muito menos, dividido com alguém. A apatia e o esvaziamento existencial sentido contra-transferencialmente foi aos poucos dando voz à esperança de um sentir-se vivo e uma busca por viver de forma genuína e criativa.

Ao cabo desse processo terapêutico, L. tornou-se capaz de construir um projeto próprio, vencendo dificuldades pessoais e familiares, que consistiu em ir morar fora do Brasil e de aprender, expressiva e significativamente, uma nova língua.

Sobre o artigo

Recebido: 07/12/2018

Aceito: 26/02/2019

Referências bibliográficas

ARÓS, A. C. S. C. P. **Irrealidade, futilidade e vazio: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea**. 2009, 206f. Tese (Doutora em Psicologia) —Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas: 2009.

COHAN, S. L.; CHAVIRA D. A.; STEIN M. B. Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the

literature from 1990-2005. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 47, n. 11, p. 1085-97, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 11 de maio de 2018**. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º11/2012. Brasília, DF: maio de 2018.

GREEN, A. O silêncio do Psicanalista. **Revista Psychê**, São Paulo, v. 8/14, n. 15, p. 13-38, 2004.

KRYSANSKI, V. L. A Brief Review of Selective Mutism Literature. **The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied**, v. 137, n.1, p.29-40, 2003.

LANG, C.; NIR, Z.; GOTHELF, A.; GILTON L.; KUSHNIR J.; GOTHELF D. The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. **Eur J Pediatría**, v.175, n. 481, 2016.

LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 21, n. 2, p. 43-61, Aug. 2004.

LEVITAN, M. N.; CHAGAS, M H. N.; CRIPPA, J. A. S.; MANFRO, G. G.; HETEM, L. A. B.; ANDRADA, N. C.; SALUM, G. A.; ISOLAN, L.; FERRARI, M. C. F.; NARDI, A. E. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 33(3), 292-302, 2011.

MITCHELL, A. D.; KRATOCHWILL, T. R. Treatment of Selective Mutism: Applications in the Clinic and School Through Conjoint Consultation. **Journal of Educational and Psychological Consultation**, v. 23, p. 36-62, 2013.

O'REILLY, M.; MCNALLY, D.; SIGAFOOS, J.; LANCIONI, G. E.; GREEN, V.; EDRESINHA, C.; MACHALICEK, W.; SORRELLS, A.; LANG, R.; DIDDEN, R. Examination of a social problem-solving intervention to treat selective mutism. **Behavior Modification**, v. 32, n. 2, p.182-195, 2008.

OERBECK, B.; STEIN, M. B.; PRIPP, A. H.; KRISTENSEN, H. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 24, n. 7, p. 757-766, 2015.

RIBEIRO, C. M. S. **O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia: atividade Lúdica na perspectiva de profissionais ligados à educação**. 2013, 99f. Dissertação (Mestra em Ciência da Educação) — Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal: 2013.

TURKIEWICZ, G.; CASTRO, L.L.; MORIKAWA, M.; COSTA, C.Z.G.D. A; ASBAHR, F.R. Selective mutism and the anxiety spectrum: a long-term case report. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 172-173, 2008.

VIANA, A.G.; BEIDEL, D.C.; RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 57-67, 2009.

WINNICOTT, D. **A família e o desenvolvimento do indivíduo** (1965). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil** (1971). Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade** (1971). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YEGANEH, R; BEIDEL, D.C.; TURNER, S.M.; PINA, A.A.; SILVERMAN, W.K. Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. **Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 42, n. 9, p. 1069-75, 2003.