

## A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS: O TRATAMENTO DO MUTISMO SELETIVO

RAMOS, Érica Danille<sup>1</sup>  
VITA, Maria da Conceição Almeida<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente trabalho visa apresentar o mutismo seletivo, suas características, causas, sintomas, consequências e seu diagnóstico a partir da perspectiva descritiva da psiquiatria e da perspectiva dinâmica da nosografia psicanalítica. A clínica psicanalítica com crianças é primordial para lidar com quadros como o mutismo seletivo, uma vez que sua prática busca oferecer, de forma satisfatória, auxílio para que seja possível à criança a manifestação dos seus sentimentos, angústias e medos. Para além de uma perspectiva patologizante, a psicanálise não se utiliza de roteiros descritivos, concretos e definidos. Os sintomas relatados são investigados e melhor compreendidos durante as sessões analíticas, a partir do processo transferencial entre a criança e o analista. A convocação da arte e do lúdico nas sessões analíticas torna-se o meio mais eficaz para acessar o mundo interno da criança, bem como suas angústias e a formação dos seus sintomas, através da interpretação do modo como a criança constrói ou reconstrói sua realidade.

**Palavras-chave:** Mutismo seletivo. Psicanálise. Crianças. Lúdico.

### 1. INTRODUÇÃO

Há um crescente apelo, nos dias atuais, para o acompanhamento psicológico de crianças. Essas demandas partem de diferentes figuras, como de pais, responsáveis e, em grande parte, das instituições de ensino (ALMEIDA; FREIRE; PRÓCHNO, 2016). Por outro lado, ainda dentro dessa perspectiva, é comum observar crianças muito quietas em ambientes sociais, como na escola, sem conversar ou manter relações interpessoais com professores e colegas. Contudo, nem sempre se questiona ou se examina se estão enfrentando problemas em seu mundo externo ou interno. Normalmente, o que se faz é classificá-las como excessivamente tímidas, quando, na verdade, essas crianças podem estar encarando um excesso de ansiedade e angústia, que corresponde a esse retraimento, silêncio e até isolamento (MELLO, 2017). Muitas vezes, quando a existência de um conflito intrínseco ou extrínseco é detectada, a necessidade de se realizar um tratamento já possui um caráter de urgência (ALMEIDA; FREIRE; PRÓCHNO, 2016).

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus – CESUPI.

<sup>2</sup> Mestre pelo PPGL Letras - Linguagens e Representações pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Docente da Faculdade de Ilhéus CESUPI e da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna; Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Especialista em Saúde Mental pela UFBA.

O mutismo seletivo é uma das desordens que crianças podem enfrentar sem que isso seja notado por outras pessoas previamente. Caracteriza-se pela recusa por parte da criança em comunicar-se de forma oral em determinados ambientes sociais, principalmente em lugares públicos, mesmo tendo compreensão da linguagem e capacidade para falar. Esse transtorno pode inibir e incapacitar a criança em seus aspectos social e afetivo (PEIXOTO; CAMPOS, 2013).

A psicanálise infantil, por sua vez, é primordial para lidar com quadros como o mutismo seletivo, uma vez que sua prática busca oferecer, de forma satisfatória, auxílio para que seja possível à criança a manifestação dos seus sentimentos, angústias e medos. Além disso, a clínica psicanalítica infantil visa possibilitar que a criança tenha voz e encontre meios para lidar com as problemáticas que lhe envolvem (SILVA et al., 2017).

Trazer para o centro das discussões uma problemática pouco discutida, que ocasiona um grave comprometimento no desempenho da criança, principalmente em idade escolar, representa um passo importante e decisivo para a expansão do olhar voltado para as dificuldades e desafios que possam estar enfrentando algumas crianças, principalmente as que são tomadas como quietas e tímidas que, muitas vezes, acabam passando despercebidas em relação às crianças mais indisciplinadas e hiperativas, além de favorecer melhor entendimento desse transtorno.

Por essas razões, o desconhecimento e até mesmo a falta de reconhecimento desse assunto são as principais causas pelas quais o desenvolvimento deste estudo e a exploração desse tema torna-se relevante. A compreensão do mutismo seletivo, incluindo suas características, causas e consequências, possibilita a desmitificação de muitos aspectos que circundam essa temática. Desse modo, levando em consideração que ainda é pequeno o número de pesquisas abordando estas questões, o que leva ao fato de também existirem poucos profissionais especializados para o diagnóstico e tratamento, destaca-se a importância de apresentar possíveis formas de intervenção.

Posto isso, o presente trabalho preocupa-se em compreender, a partir de diferentes teóricos, a infância sob a perspectiva da teoria psicanalítica e como se dá sua prática clínica voltada para crianças no tratamento dos sintomas que ocasionam o mutismo seletivo. Além disso, visa conhecer quais estratégias são utilizadas em sessões analíticas para contribuir com o desenvolvimento de uma relação facilitadora com a criança, de modo que seja funcional para o tratamento efetivo.

## 2. A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

Considerando que a psicanálise se constitui a partir da clínica e que a abordagem psicanalítica se faz essencial para o tratamento de diferentes sintomas, torna-se relevante apontar a relação entre a psicanálise e a infância, bem como demonstrar como se dá o desenvolvimento dessa prática voltada para o atendimento de crianças, expondo sua visão, aspectos históricos e qualificando suas características e evoluções.

A inserção do infantil não chegou de forma tardia à teoria psicanalítica, pelo contrário, a infância é marcada na história da psicanálise de forma permanente. O olhar voltado para esse período da vida humana contribuiu muito para a elaboração de alguns conceitos dentro da teoria freudiana e é relevante para a experiência clínica até hoje, uma vez que oferece subsídios para a interpretação de determinadas desordens da vida psíquica. Contudo, o infantil tratado na psicanálise hoje não mais se refere necessariamente a um período cronológico, mas a um importante elemento da estrutura psíquica, que exerce uma função e produz efeitos na vida do sujeito em outros períodos de sua vida. Por essas razões, muitos teóricos passaram a desenvolver seus estudos voltados para a infância (STEIN, 2011). Ao falar sobre esse assunto alguns nomes se destacam, como Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Jacques Lacan, Françoise Dolto, entre outros (CAMAROTTI, 2010).

A primeira tentativa de uma análise infantil ocorreu com o caso do pequeno Hans, onde surgiu a relação “pai-analista”, considerada inicialmente como primordial para a cura analítica de uma criança. Esse caso clínico, relevante para a compreensão do nascimento da psicanálise da criança e também para muitos dos conceitos que embasam essa teoria, foi registrado através do texto “Análise de Uma Fobia de Um Menino de Cinco Anos”, escrito por Freud, em 1909. Em síntese, Freud (1909/1996b), foi procurado pelo pai de uma criança de aproximadamente cinco anos de idade porque esta estava apresentando alguns sintomas fóbicos. Hans passou a ter fobia de cavalo e, em sua análise, estabelecida através da comunicação com o pai, foram detectados alguns fatores ligados às suas fantasias inconscientes, que ocasionaram o medo de cavalos apresentado pelo pequeno e que representava uma saída ou uma solução para o seu sofrimento psíquico.

Após o caso do pequeno Hans, uma das primeiras pessoas a desenvolver seus pensamentos acerca do tema foi Hermine von Hug–Hellmuth. Ela discordava que somente a união entre o pai e o analista garantia a cura da criança, e afirmava que o filho não revela aos seus pais os seus desejos e sentimentos mais profundos (SALDANHA et al., 2011). Sua opinião também divergia com a possibilidade de atender crianças muito pequenas, sem que ainda

tivessem passado pelo complexo de Édipo. Por fim, seu trabalho não teve grande repercussão como se esperava (COSTA, 2010).

Neste período, na década de 1920, marcado pelo nascimento e desenvolvimento da psicanálise infantil, houve um grande empenho por parte de diferentes teóricos de muitos lugares objetivando alcançar reconhecimento. Para isso, novas práticas estavam sendo propostas (COSTA, 2010). Nessa busca pela legitimidade, dois grandes modelos de pensamento foram instaurados inicialmente: de um lado, o modelo de Anna Freud, com influência de Hermine von Hug–Hellmuth que, por sua vez, fez uma aplicação da psicanálise à educação, e do outro lado Melanie Klein que enxergou esse processo como puramente analítico e baseou a sua prática nos conceitos fundamentais da psicanálise de Freud. (CALZAVARA, 2013).

Em sua teoria, Anna Freud defende que a criança é resultado da variação da educação, considerando essa uma atividade muito importante para a abordagem psicanalítica. Ela classifica como primordial o analisar e o educar por parte do analista, enfatizando a consciência e o ego. Anna Freud não acreditava na possibilidade de se desenvolver com a criança uma relação analítica, uma vez que não acreditava que esta pudesse reconhecer o seu sintoma nem se preocupar com ele. Então, a autora propõe que antes de iniciar-se a análise, a criança deve ser submetida a um período de preparo, com entrevistas preliminares para fazer nascer uma demanda para análise. Por essas razões, o ambiente e o nível da realidade tornam-se fatores essenciais em sua teoria (CAMAROTTI, 2010).

Por sua vez, Melanie Klein (1932/1981c), muito intensa e imediata, defende em seu livro *Psicanálise da Criança*, escrito em 1932, que a psicanálise infantil é qualitativamente semelhante à psicanálise com adultos. Para ela, apesar de não verbalizar da mesma forma, o brincar da criança equivale à associação livre do adulto.

Esses dois pensamentos não conversavam entre si e acabou dando lugar para o surgimento de uma rivalidade. O modelo de Melanie Klein era o mais aceito no momento, e exprimia sua discordância em relação à “pedagogia curativa” e os métodos adaptativos de Anna Freud que, em contrapartida, criticava a teoria de Melanie Klein e não acreditava na possibilidade de haver a fundamental transferência na análise de crianças, muito menos que essas pudessem desenvolver associação livre (FERRARI, 2012).

Posteriormente, algumas mudanças foram instauradas no campo da abordagem psicanalítica infantil. Em sua exposição teórica, fundamentando seu trabalho clínico voltado para bebês e crianças, Donald Winnicott, na década de 1935, inicialmente adepto à concepção de Melanie Klein, rompeu com suas ideias a partir do pensamento de que o ambiente e os pais

são cruciais na constituição e no desenvolvimento da maturação da criança. Para ele, o meio emocional ao qual a criança está inserida corresponde ao surgimento de determinadas doenças e a dependência que se tem desse ambiente poderá ser a causa para a formação de sintomas, além de estar diretamente ligado ao desenvolvimento psíquico infantil (COSTA, 2010).

Na contribuição para a prática da análise infantil, Jaques A. Miller, publicou o texto “Duas Notas Sobre Criança”, autorizado por Jacques Lacan e escrito por ele em 1969, onde este incorpora essa discussão em torno de que sintoma na infância é sempre proveniente do sintoma do casal ou da estrutura familiar, representando o fantasma materno, não deixando de considerar o modo de alienação da criança (LACAN, 1986). Para Lacan, dentro dessa perspectiva, há na criança a formação do símbolo por um lado e a formação do eu por outro. Ele critica, inclusive, os modelos annafreudianos e kleinianos por deixaram de lado o aspecto simbólico da criança (COSTA; CHATELARD, 2012).

Existia, então, uma discordância por parte de Lacan e seus colaboradores, incluindo Françoise Dolto, acerca de limitar, por meio dos jogos e desenhos, a prática clínica psicanalítica com crianças ao imaginário (CAMAROTTI, 2010). E, antes de tudo, dentro da teoria lacaniana, a criança é um sujeito em constituição. Por isso, houve de sua parte uma insistência em valorizar a função do simbólico e da linguagem para a cura analítica (COSTA E CHATELARD, 2012).

Na década de 1950, Françoise Dolto, pioneira da psicanálise com crianças na França, formulou seu trabalho clínico ligado aos pensamentos de Lacan. Seu processo psicanalítico baseava-se no inconsciente. Seu objetivo era fazer com que a criança se tornasse parte da estrutura desejante da família, uma vez que desde seu nascimento, a criança é parte da estrutura do desejo do Outro. Dolto ainda postula que a criança é resultado do desejo do pai, da mãe e de si. Logo, parte do mesmo pensamento de Lacan de que o sintoma da criança corresponde ao sintoma familiar. Para ela, o processo de humanização da criança acontece a partir da relação que constrói com o outro (COSTA, 2010).

Sobre o desenvolvimento do trabalho com crianças na psicanálise, no livro *Psicanálise e Pediatria*, afirma-se que este não é um papel fácil, como muitas pessoas costumam acreditar. Pelo contrário, para ser analista de criança, além de precisar possuir grande familiaridade com o inconsciente, também é necessário lidar com as especificidades que essa fase possui, incluindo a que se refere à presença dos pais na vida do analisando, as quais torna esse trabalho mais difícil em comparação ao que é realizado com adultos (DOLTO, 1984).

Em síntese, esses teóricos, dentre outros, tornaram-se essenciais para a compreensão e o desenvolvimento da psicanálise com crianças e, apesar de partirem de linhas de pensamento diferentes, mantiveram um consenso de oferecer a criança o direito de ser respeitada,

compreendida e ser escutada a partir do seu desejo, considerando também que “o lugar que o analista ocupa pode levar a criança de um lugar para outro lugar” (PESARO, 2015, p. 47).

### 3. O SINTOMA NA INFÂNCIA

Somente a partir do momento em que o infantil ganhou espaço dentro da clínica psicanalítica tornou-se possível o tratamento de crianças, e a maneira como o analista compreende o sintoma na criança corresponde ao modo em que se constitui sua abordagem clínica (CALZAVARA, 2013).

No desenvolvimento da escuta com pacientes histéricas, Freud caracterizou sintoma como resultado de um material recalçado expresso na histeria, ou melhor, consequências do desejo sexual recalçado na infância. Desse modo, o sintoma passou a ter o seu conceito voltado não mais para o pensamento de que um evento traumático de fato fora vivido na infância, mas sim através das articulações fantasmáticas desse período. Logo, o sofrimento vivido através do sintoma corresponde ao desejo infantil inconsciente, nascendo, assim, uma grande demanda para o início da análise de crianças que até então não existia (ALMEIDA; FREIRE; PRÓCHNO, 2016).

A partir do caso do pequeno Hans, Freud (1905/1996) escreveu sobre a sexualidade infantil, e pôde confirmar o sintoma como resultado de desejos recalçados nesse período. Mas, mais do que isso, Freud também assinalou a sexualidade infantil como algo natural, para além da formação de sintomas. Em sua quarta lição do texto “Cinco Lições de Psicanálise”, Freud (1910/1996) reafirma que a propensão a desenvolver traumas futuros, o surgimentos destes e sua compreensão ocorre a partir de fatos ocorridos na infância que podem ser afastados a partir do resgate das poucas lembranças que vão à consciência.

O primeiro modelo de pensamento sobre o sintoma da criança está dentro perspectiva de Anna Freud (1982), considerada uma criadora de técnicas fundamentais para a compreensão do sintoma na infância. Em seu livro *Infância Normal e Patológica*, publicado em 1968, o sintoma abrange os aspectos do desenvolvimento da criança, se configurando como resposta de conflitos intrapsíquicos e externos. Portanto, os sintomas e parte das dificuldades que circundam a neurose grave superam-se através do estabelecimento de um trabalho prévio que coloque a criança numa posição em que esta tenha capacidade para enfrentar a análise.

Privilegiando o pensamento sobre a adaptação ao social, Anna Freud (1982) afirma que a formação do sintoma ocorre quando a criança não está em conformidade com o social. Para ela, mesmo durante a infância é possível se reestruturar, e para isso é necessário que sejam externados os impulsos que haviam sido recalçados em um dado momento da vida dessa

criança. Para a superação do sintoma na infância dentro dessa perspectiva, as pulsões precisam ser domesticadas até serem impedidas de transbordar e, para isso, a criança precisa se tornar consciente do seu sofrimento e compreender a necessidade de tratar o seu sintoma. Anna Freud ainda defende que, na vida infantil, o ego e o consciente são primordiais, enquanto o ambiente e a realidade exercem um papel fundamental para a clínica.

O pensamento de Anna Freud sobre o sintoma na infância é novamente teoricamente oposto ao de Melanie Klein, pois vai de encontro ao que diz respeito à produção inconsciente que cada indivíduo possui. Com isso, Melanie Klein, envolvida com os estudos da constituição do emocional das crianças e as primeiras fases do desenvolvimento da vida mental destas, em suas contribuições no que diz respeito à compreensão do sintoma, afirma que este tem ligação direta com o aparecimento da angústia. Em sua concepção, a angústia, além de representar um dos primeiros sinais de neurose na criança, corresponde também a uma abertura para a formação dos sintomas. Mantendo-se o mais fiel possível às teorias desenvolvidas por Freud, Klein discorda que o analista deva exercer qualquer tipo de pressão sobre a criança, seja moral ou educacional. Para a autora, todo o trabalho analítico infantil deve pautar-se na interpretação das ansiedades e fantasias inconscientes trazidas pela criança e isso deverá acontecer a partir da associação livre (CALZAVARA, 2013).

Na proposta de Lacan sobre como ocorre o sintoma na infância, circundam dois aspectos importantes: a estrutura familiar e sua sintomatologia. Ele compreende o sintoma da criança como resposta ao que existe de sintomático na estrutura da família, considerando-o como representante da verdade subjetiva. Lacan ainda classifica o sintoma como o dado primordial que faz a experiência analítica acontecer, e utilizando “Uma análise de uma criança de cinco anos” como exemplo, afirma que a criança deverá encontrar uma saída para o seu desejo, como fez o pequeno Hans (FERRARI, 2012).

Françoise Dolto também dispensava a sua atenção para o ambiente familiar e sua estrutura, por isso, concordava com Lacan no que diz respeito à vinculação entre os pais e os filhos e a formação de sintomas. Ela deu muita ênfase à verdade do sujeito enquanto ser desejante, e logo destacou como crucial que o analista, durante as entrevistas iniciais, busque compreender alguns aspectos, como: de onde surge a demanda para a análise da criança, quem de fato está sofrendo com o sintoma, como funciona a dinâmica familiar, e suas relações inconscientes, e qual é o lugar da referida criança no narcisismo dos pais (COSTA, 2010).

No processo psicoterápico com crianças, normalmente a demanda e, logo, o sintoma, é apresentado pelos pais, sendo as pessoas que o formulam e descrevem, como aconteceu no caso do pequeno Hans e seus sintomas fóbicos. Por esse motivo, conhecer o lugar que os pais ocupam

na formação do sintoma da criança é um fator muito importante. Esse pensamento é muito defendido por Anna Freud, que defende a necessidade da colaboração da figura dos pais para o desenvolvimento da experiência analítica, já que representa parte fundamental da constituição psíquica (BOLSSON; BENETTI 2011). A valorização dessas figuras parentais deve ocorrer desde o primeiro contato que o analista estabelece com estes, já que “a prática da psicoterapia se mostra indissociável da entrada de muitos discursos, fantasias, ansiedades e conflitos, e a participação dos pais ou responsáveis é fundamental para a consolidação, manutenção e término do processo psicoterápico” (STÜRMER; RUARO; SARAIVA, 2009, p. 116).

A compreensão de Winnicott sobre o sintoma pauta-se na crença de que este surge como um método que a criança irá utilizar para lidar com as problemáticas de sua vida. Ele defende que ao longo do tempo, a partir de experiências pessoais, a criança irá conseguir superar suas dificuldades e, assim, terá a remissão do seu sintoma. Por esse motivo, para ele, nem todos os sintomas de crianças tinham recomendações para análise. Para ele, as sessões analíticas representam um apoio para que a criança tenha acesso e conecte-se ao ponto que deu lugar a formação do seu sintoma, mas a demanda que a levou em si não é a grande preocupação, tampouco a interpretação ou o estabelecimento de um diagnóstico. Para Winnicott, o que importa mesmo é o desenvolvimento de uma boa comunicação com a criança de forma espontânea (COSTA, 2010).

Em síntese, “os sintomas são satisfações substitutivas de forças pulsionais, sexuais e agressivas, ou seja, o retorno do recalcado propriamente dito” (MOTA; SILVA; CASTRO, 2010, p. 90). Além disso, sua formação pode estar intimamente ligada não somente às figuras parentais, mas a um momento transitório da constituição psíquica. Contudo, as manifestações do sintoma podem acabar gerando um sofrimento psíquico muito intenso e, por esse motivo, torna-se um fator essencial para que se dispense grande atenção do processo analítico, além de uma compreensão de forma rigorosa (MOTA; SILVA; CASTRO, 2010).

## **5. O MUTISMO SELETIVO**

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5:

O mutismo seletivo é caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal (APA, 2014, p. 233).

Ainda de acordo com este Manual Diagnóstico, no mutismo seletivo, a criança afetada normalmente possui habilidades de comunicação vistas somente em alguns contextos específicos. Mesmo nos ambientes em que a criança é, de fato, muda, a reciprocidade social não se mostra prejudicada (APA, 2014). Contudo, até chegar à definição atual, o mutismo seletivo sofreu em seu conceito algumas mudanças ao longo dos anos.

Fazendo, então, um levantamento cronológico, vê-se no século XX, em 1877, sua primeira definição prévia. Um médico chamado Adolf Kussmaul formulou em sua teoria que a recusa por parte da criança em falar ocorria por vontade própria, descrevendo como afasia voluntária. Em 1897, Treuper estabeleceu essa disfunção como inibição da fala. No século seguinte, ano de 1934, nasceu o termo “mutismo eletivo”, criado por Moritz Tramer, o qual afirmava que a criança elegia o ambiente no qual permaneceria calada. Contudo, o mutismo recebeu o termo “seletivo” no lugar de “eletivo” a partir no ano de 2002, descrito no DSMIV-TR, que erradicou o pensamento de que a criança tinha vontade de ficar calada e elegia o local. Portanto, inicialmente, o mutismo seletivo era considerado um transtorno ligado à fobia social (MELLO, 2017).

As definições que compõem o mutismo seletivo trazem afirmativas que apontam para o fato de que há uma prevalência maior desse problema em crianças do sexo feminino em relação ao sexo masculino, afeta cerca de 1% da população e que, normalmente, inicia-se durante a idade escolar. Além disso, declara-se que essa desordem resulta em alta inabilidade para o desenvolvimento social da criança (APA, 2014). Porém, apesar desses fatos, ainda hoje, considera-se raso o conhecimento de determinados profissionais, incluindo educadores, acerca desse problema, e há também quem desacredite na existência real dessa disfunção, principalmente pela aproximação que se tem com outros transtornos de comportamento e de ansiedade e, logo, pela complexidade que existe para avaliar um quadro no desenvolvimento do diagnóstico (FERREIRA; FÁVERO; LOPES, 2018).

A inabilidade para falar em alguns ambientes, podendo ser públicos ou até doméstico, é um fato que gera na criança uma grande angústia e, muitas vezes, isso é observado em primeira instância pela família ou professores como uma timidez excessiva, já que a criança classifica-se como “disciplinada” ou “dentro das regras” (MELLO, 2017). Por esse motivo, na maioria dos casos, as crianças com mutismo seletivo acabam passando despercebidas nas salas de aula, uma vez que há “um excesso de atenção ao aluno indisciplinado, ao passo que muitas vezes o aluno que possui bom rendimento e comportamento mais contido, pode ficar no plano da invisibilidade” (PEIXOTO; CAMPOS, 2013, p. 3).

Ainda hoje, para a psiquiatria, há uma dificuldade para o estabelecimento concreto das causas que culminam no surgimento do mutismo seletivo, uma vez que estas estão ligadas a distintas razões, sejam de aspectos individuais ou ambientais. Além disso, a origem dessa desordem está intimamente ligada ao contexto e interação familiar e possui influência de eventos vivenciados pela criança que a impactam negativamente, trauma emocional e conflitos não resolvidos (PEIXOTO; CAROLI; MARIAMA, 2017).

Em outras perspectivas, afora da ótica da psicanálise, entre as questões que envolvem a origem do mutismo seletivo estão os impulsos instintivos, a formação de algum trauma psíquico no processo de aquisição da linguagem, a falta de segurança, a hostilidade no ambiente familiar, o ambiente familiar em si, a dependência exacerbada dos pais, o medo de separação, sensação de abandono e até a herança genética. Esses fatores são considerados os geradores da elevada ansiedade associada ao mutismo seletivo. Considera-se também que algumas características da criança, como a timidez, por exemplo, podem acabar sendo potencializadas pelo ambiente no qual se está inserida e essa pode ser uma condição que contribui para o desenvolvimento do mutismo seletivo, caso a criança seja submetida aos fatores que o causam (RIBEIRO, 2013).

Dentro da nosografia da psicanálise, portanto, o mutismo seletivo é compreendido como derivação da inibição e, desse modo, o silêncio apresentado, “funcionaria como uma maneira de manter a integridade egóica” (CAMPOS; ARRUDA, 2014, p. 19). Torna-se relevante enfatizar que o fracasso para manifestar-se de forma oral e, logo, a ausência da fala não é uma alternativa que a criança escolhe e sim uma insegurança para exercer a oralidade em alguns ambientes e situações específicas (MELLO, 2017).

Para a realização do diagnóstico, no âmbito da psiquiatria, há uma visão mais psicopatológica e são utilizados os critérios trazidos pelo DSM 5. Esse diagnóstico tem como base o histórico de vida da criança, incluindo aspectos maturacionais e emocionais do seu desenvolvimento, fatores relacionados à vida escolar e também são feitos registros de comportamento e comunicação verbal ou não-verbal estabelecidos pela criança com pessoas de dentro e fora do seu ambiente doméstico (PEIXOTO; CAROLI; MARIAMA, 2017).

A psicanálise, por sua vez, deve conhecer o sistema de classificação trazido pelo referido Manual Diagnóstico, o DSM 5, e reconhece sua importância, mas não parte dos seus critérios para a realização de diagnósticos. A teoria psicanalítica, que vê o mutismo seletivo como consequência da inibição, tem esse déficit como resultado de um conflito psíquico, que recebe da criança um significado inconsciente para o ato de verbalizar (CAMPOS; ARRUDA, 2014).

O diagnóstico estabelecido na prática clínica psicanalítica com crianças para o mutismo seletivo é peculiar e acontece de forma diferente da clínica médica descritiva, como fora citado.

A razão pela qual a psicanálise não se utiliza de roteiros descritivos, concretos e definidos está, antes de tudo, no fato de que os sintomas relatados devem ser investigados e melhor compreendidos durante as sessões analíticas, a partir do processo transferencial entre a criança e o analista. Além do mais, a psicanálise não se vale de um método que se precipita em realizar um diagnóstico, podendo, assim rotular a criança e comprometer a escuta terapêutica (FINELLI; MENDONÇA, 2015).

Portanto, para além da perspectiva patologizante, é necessário conhecer o desenvolvimento emocional da criança para que se realize um possível diagnóstico, que dentro da psicanálise não é feito através de um processo descritivo, mas sim dinâmico. É grande a relevância de compreender essa criança com um ser em constituição, em desenvolvimento e, logo, que está sofrendo muitas transformações (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

## **6. A PSICANÁLISE INFANTIL NO TRATAMENTO DO MUTISMO SELETIVO**

Como exposto anteriormente, os sintomas que caracterizam o mutismo seletivo requerem um diagnóstico, se possível, precoce. Mas, para além dessa necessidade, é extremamente relevante também que se estabeleça um tratamento e, sobretudo, é necessário que seja oferecido um acompanhamento adequado.

A proposta de intervenção psicanalítica infantil para o tratamento de sintomas apresentados por crianças abrange métodos como a interação verbal, incluindo perguntas e sugestões que despertem o interesse da criança, levando-a a falar de experiências e fatos os quais não falaria com outra pessoa. Além disso, emprega-se as atividades lúdicas, sobretudo no mutismo seletivo, como a modelagem, os desenhos, os jogos e outros, objetivando identificar o conflito inconsciente causador da ansiedade excessiva na criança (COSTA, 2010).

O uso do que se chama ludoterapia para o tratamento do mutismo seletivo acontece justamente por essa problemática envolver muito mais as crianças, e esse método é quase que exclusivamente destinado a elas (CAMPOS; ARRUDA, 2014). O brincar, aparentemente um ato simples, é parte da estrutura e do desenvolvimento da criança e, além do mais, “a arte em suas diferentes linguagens, para além das práticas de ensino formal, é fonte de pensamento, criação, aprendizagem e educação” (MEIRA, 2012, p. 176). O lúdico foi considerado primordial em diferentes teorias voltadas para o atendimento de crianças dentro da psicanálise, para uns como uma forma de desenvolver-se, para outros como uma forma de inserção na

cultura. Em síntese, concorda-se que o brincar possui uma função importante (FERREIRA, 2000).

Quando Anna Freud e Melanie Klein surgiram com suas diferentes teorias sobre a prática clínica da psicanálise para crianças, gerando, inclusive, uma grande rivalidade, como fora exposto anteriormente, seus pensamentos não divergiram no que dizia respeito à importância do uso de atividades lúdicas, como os desenhos e o jogos, para a cura analítica de uma criança. Até mesmo a pioneira Hermine von Hug-Hellmuth iniciou os seus trabalhos considerando o que se chamou de técnica lúdica dos brinquedos como essencial para este processo. Melanie Klein, portanto, foi a fundadora da análise com crianças a partir das atividades lúdicas. Nesse período, o brincar foi instaurado como o meio principal para a expressão simbólica da fantasia do inconsciente por parte da criança (COSTA, 2010).

Freud, ao falar sobre o ato de brincar, utiliza o nome “jogo” e insiste para que esse nome seja guardado. Para ele, os jogos aparecem nas crianças que estão num processo de aprender a organizar suas palavras e estes possuem duas funções principais: fonte de prazer e economia psíquica. Ele ainda postula que há uma ligação entre o jogo infantil e a criação poética, cuja preservação é feita através da linguagem, uma vez que a criança, através do seu jogo cria representações para situações que lhe são angustiantes, fazendo uma correção inconsciente a essa realidade insatisfatória, assim como faz o poeta (FERREIRA, 2000).

Essa abordagem é eficaz para o tratamento do mutismo seletivo pelo fato de permitir que a criança dê voz às suas experiências emocionais, a partir de um vínculo estabelecido com o analista neste processo, que possibilita o acolhimento de forma que a criança sinta-se compreendida, tenha o suporte necessário para o bom desempenho do seu desenvolvimento social e escolar e, sobretudo, que não haja possibilidade para a formação de outros sintomas (CAMPOS; ARRUDA, 2014).

Uma vez que a criança com mutismo seletivo não faz comunicação verbal em determinados contextos, a psicanálise infantil considera que o tratamento eficaz se pauta na análise individual, que objetiva compreender o significado do silêncio apresentado pela criança, através de uma compreensão empática e, principalmente, considerando a participação da família e educadores (AFFONSO, 2012). O objetivo, contudo, não é de fazer com que a criança fale, uma vez que é compreensível a sua inabilidade para se expressar e que isso representaria, de forma inconsciente, para esta um rompimento com suas defesas egóicas, além de prejudicar sua estrutura. O meio para que seja construído um diálogo entre o paciente e o analista deve ser através do vínculo estabelecido entre ambos que, propicia, inclusive, uma diminuição da ansiedade através da interpretação (CAMPOS; ARRUDA, 2014).

Para a criança com mutismo seletivo chegar à possibilidade de exprimir-se de forma oral, há um longo caminho. Em primeira instância, o analista terá que possuir habilidades para compreender e interpretar as tensões, o medo e a ansiedade que a criança expressa durante as sessões através das atividades lúdicas. Durante esse período, a própria criança terá alguns insights e, por meio dele, suas angústias serão diminuídas. A partir disso, serão produzidos símbolos e fantasias e os pensamentos encaminharão a criança até o ato de utilizar a palavra para se comunicar (AFFONSO, 2012).

A psicoterapia psicanalítica infantil, orientada ao insight, visa não somente promover a remissão do sintoma que constitui o mutismo seletivo, mas favorecer a diminuição do sofrimento psíquico e uma mudança significativa nesse mundo intrapsíquico. A utilização do brincar, com jogos, desenhos, brinquedos e todas as atividades que compõem uma sessão analítica lúdica, estimula a criança a tornar-se cada vez mais livre emocionalmente falando. A técnica lúdica torna-se eficaz porque possibilita, além da expressão, a elaboração da ansiedade, do medo, da angústia e dos sentimentos em geral. Desse modo, a criança com mutismo seletivo terá consideráveis modificações em suas relações intersubjetivas e sociais e o seu desenvolvimento efetivo poderá ser garantido (MIRANDA; COHEN, 2013).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que o mutismo seletivo compõe-se de múltiplos e complexos fatores e, ainda, que o comprometimento que este gera a criança pode trazer duras consequências em seus diferentes níveis de desenvolvimento, é de extrema relevância aprofundar os estudos acerca desse tema, trazer essas reflexões e, sobretudo, apresentar propostas de intervenção efetivas, levando em consideração as dificuldades que acompanham o processo psicoterápico. Parte de uma crença pessoal que a psicanálise em seus trabalhos voltados para crianças tornou-se inquestionável.

Como um de seus métodos, para a promoção da cura analítica infantil no mutismo seletivo está o uso dos recursos lúdicos, vistos como fundamentais desde o início do tratamento de crianças na psicanálise na década de 20. Como resultado, as atividades lúdicas, envolvendo os brinquedos, os jogos e os desenhos, apresentam importantes aspectos que surgem a partir do ato de brincar. Por esse motivo, a convocação da arte e do lúdico nas sessões analíticas torna-se o meio mais eficaz para acessar o mundo interno da criança, bem como suas angústias e a formação dos seus sintomas, através da interpretação do modo como a criança constrói ou reconstrói sua realidade.

Não obstante, somente a utilização das técnicas lúdicas não é suficiente para a garantia da cura analítica da criança. Além de necessitar possuir algumas habilidades específicas para o atendimento, o analista também deverá ter a preocupação em oferecer um ambiente favorável e acolhedor. Esse é um detalhe muito importante neste processo, pois irá propiciar maior liberdade para que a criança consiga exprimir seus sentimentos, desejos e conflitos, além de ser contribuinte para a condução da comunicação e do estabelecimento necessário do vínculo durante as sessões analíticas.

Para a realização do trabalho com criança, em busca da compreensão e remissão dos sintomas apresentados por ela, é importante que o analista se aproprie dos assuntos que circundam o desenvolvimento infantil, seja normal ou patológico. Desse modo, haverá aptidão para o melhor desenvolvimento da experiência analítica, uma vez que será possível identificar os diferentes tipos de crise que essa fase apresenta, tanto comuns ao desenvolvimento normal da criança, quanto as que ocorrem em decorrência da história de vida, as emocionais e também as que são de fato de cunho orgânico.

Outro aspecto importante e fundamental para a efetivação da psicanálise infantil no tratamento do mutismo seletivo é a valorização da participação dos pais, sendo eles figuras importantes e influentes na formação do sintoma na criança, como foi exposto neste estudo. É necessário estabelecer uma comunicação ou rede de apoio flexível e bem estruturada com os pais, cuidadores e educadores para que estes também contribuam com o tratamento e desenvolvimento da criança.

Destaca-se que a psicanálise infantil se distingue e se separa de outras práticas clínicas no tratamento do mutismo seletivo, desde a formulação de um possível diagnóstico, não o fazendo de forma descritiva nem objetiva, até a experiência analítica, incluindo o estabelecimento do tratamento, que ocorre a partir da transferência estabelecida na relação paciente-analista. A psicanálise prioriza conhecer os aspectos do desenvolvimento emocional da criança e preocupa-se em não gerar rótulos a partir de uma psicopatologia.

Portanto, o presente estudo contribuiu para a ampliação dos conhecimentos acerca da infância em sua relação estreita com a psicanálise, através das contribuições de grandes teóricos, bem como ofereceu subsídios para a compreensão da prática clínica psicanalítica infantil e sua realidade na experiência do tratamento do mutismo seletivo. Desse modo, considera-se que os objetivos aos quais se submetia esse estudo foram alcançados e favoreceu o conhecimento sobre esse assunto ainda tão pouco trabalhado nos dias atuais.

É necessário acrescentar que, pelo fato desse assunto tão importante ainda ter pouca repercussão nos dias atuais, falar sobre o mutismo seletivo abre espaço para que mais pessoas

tenham conhecimento, se apropriem e desenvolvam novas reflexões. Dessa forma, muitas outras propostas de intervenção poderão ser lançadas por teóricos e profissionais distintos, além de expandir as possibilidades de prevenção ou identificação prévia por parte dos pais, responsáveis e educadores. Os adultos envolvidos no processo de desenvolvimento da criança devem se manter atentos aos comportamentos destas, principalmente em suas mudanças, e observar também o modo como ocorre sua interação com os outros. Para isso, é necessário que o olhar esteja voltado não somente para as manifestações verbais, mas também ao que não é dito com palavras.

## REFERÊNCIAS

- AFFONSO, Rosa Maria Lopes (Org.). **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 288 p.
- ALMEIDA, Máira Lopes; FREIRE, Joyce Gonçalves; PRÓCHNO, Caio César Souza Camargo. Criança na história da psicanálise e na contemporaneidade: contribuições para uma prática despatologizante. **Estilos da Clínica**, São Paulo, p.302-320, ago. 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento.
- BOLSSON, Juliana Zinelli; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. As manifestações de angústia e o sintoma na infância: Considerações Psicanalíticas. **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p.555-589, jun. 2011.
- CALZAVARA, Maria Gláucia Pires. Anna Freud e Melanie Klein: o sintoma como adaptação ou solução?. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p.323-338, dez. 2013.
- CAMAROTTI, Maria do Carmo. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p.49-54, set. 2010.
- CAMPOS, Lia Keuchguerian Silveira; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 5, n. 2, p.15-33, dez. 2014.
- CASTRO, Livia Kern de; CAMPEZATTO, Paula von Mengden; SARAIVA, Lisiane Alvim. As etapas da psicoterapia com crianças. In: CASTRO, Maria da Graça Kern; STÜRMER, Anie. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 5. p. 97-115.

- COSTA, Marcelo Pio da; CHATELARD, Daniela Scheinkman. **Psicanálise com crianças - Rumo ao Fantasma: Do Outro ao a.** 2012. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 88 p.
- DOLTO, Françoise. **Psicanálise e Pediatria.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. 261 p.
- FERRARI, Andrea Gabriela. Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p.299-319, dez. 2012.
- FERREIRA, Emerson Benedito; FÁVERO, Lidiane Maria; LOPES, Mário Marcos. Mutismo seletivo e atividades lúdicas. **Revista Gestão Universitária**, Santa Catarina, p.1-15, jul. 2018.
- FERREIRA, Tânia. **A escrita da clínica: psicanálise com crianças.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 144 p.
- FINELLI, Leonardo Augusto Couto; MENDONÇA, Angélica Silveira Martins de. Diagnóstico Clínico x diagnóstico em psicanálise: a importância da escuta na construção do diagnóstico diferencial. **Revista Bionorte**, Montes Claros, v. 4, n. 1, p.50-61, fev. 2015.
- FREUD, Anna. **Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 213 p. Tradução de Álvaro Cabral.
- FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. X.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 3-91.
- FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XI.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 52-59.
- FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 106-140.
- KLEIN, Melanie. **Psicanálise da Criança.** 3. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981. 398 p. Tradução: Pola Civelli.
- LACAN, Jacques. Duas notas sobre Criança. **Associação Campinense de Psicanálise**, Campinas, n. 37, p.13-14, jun. 1986. Tradução: Durval Checchinato.
- MEIRA, Ana Marta. A educação, o brincar e a infância contemporânea. **Revista de Educação Puc-campinas**, Campinas, v. 17, n. 2, p.173-179, dez. 2012.
- MELLO, Cheila Dionisio de. Transtorno do mutismo seletivo: algumas considerações sobre a recusa da fala. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 13., 2017, Curitiba: Educere, 2017. v. 1, p. 10095 - 10110.
- MIRANDA, Cássio Eduardo Soares; COHEN, Ruth Helena Pinto. O brincar como modo de tratamento ao real da doença. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, p.205-214, nov. 2010.
- MOTTA, Claudia dos Reis; SILVA, Luciana Rodrigues; CASTRO, Hélio de. A psicanálise da criança: um estudo de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 9, n. 1, p.89-94, abr. 2010.

PEIXOTO, Ana Cláudia Azevedo; CAMPOS, Luciana de Almeida. Habilidades sociais e educação: o desafio do mutismo seletivo em sala de aula. **Edu. Tec.:** Revista Científica Digital da Faetec, Duque de Caxias, v. 2, n. 1, p.1-8, 2013.

PEIXOTO, Ana Cláudia de Azevedo; CAROLI, Andréa Lúcia Guimarães; MARIAMA, Silvia Regina. Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.05-11, jun. 2017.

PESARO, Maria Eugênia. História da psicanálise de crianças: contribuições para a constituição de novos sujeitos. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Rinaldo (Org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta Ltda, 2015. Cap. 2. p. 41-54.

RIBEIRO, Célia Margarida da Silva. **O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/ Atividade Lúdica**. 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Educação, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2013.

SALDANHA, Carime et al. A arte de ser psicoterapeuta de crianças: um olhar sobre a técnica. **Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, v. 1, n. 12, p.213-220, dez. 2011.

SILVA, Michelle Fernanda Arruda et al. O processo de psicoterapia infantil sob uma perspectiva psicanalítica. **Revista Farol: Faculdade de Rolim de Moura**, São Paulo, v. 4, n. 4, p.125-141, jun. 2017.

STEIN, Maria Lúcia Müller. Infantil, eu? In: Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. **O infantil na psicanálise**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2011. Cap. 1. p. 09-17.

STÜRMER, Anie; RUARO, Clarice Kern; SARAIVA, Lisiane Alvim. O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes. In: CASTRO, Maria da Graça Kern; STÜRMER, Anie. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 6. p. 116-140.

WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 268 p. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz.