



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Sofia Neves Figueiras

**Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica  
no Mutismo Seletivo: Estudo de Caso**

Ana Sofia Neves Figueiras **Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica no Mutismo Seletivo: Estudo de Caso**

UMinho | 2017

junho de 2017



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Sofia Neves Figueiras

**Fatores de Eficácia na Intervenção  
Clínica no Mutismo Seletivo: Estudo  
de Caso**

Tese de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Teresa Freire**

junho de 2017

## Declaração

Nome: Ana Sofia Neves Figueiras

Endereço eletrónico: a68785@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 13495794

Título da Dissertação: Fatores de Eficácia na Intervenção Clínica no Mutismo Seletivo:  
Estudo de Caso

Orientadora: Professora Doutora Teresa Freire

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 09/06/2017

Assinatura: Ana Sofia Figueiras

## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract .....	v
Introdução.....	6
Descrição do caso.....	11
Processo terapêutico.....	14
Discussão.....	24
Referências .....	28

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Análise topográfica do caso</i> .....	13
Tabela 2. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	17
Tabela 3. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	18
Tabela 4. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	19
Tabela 5. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	20
Tabela 6. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	21
Tabela 7. <i>Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos</i> .....	23
Tabela 8. <i>Principais progressos de A.</i> .....	23

## Índice de Figuras

<i>Figura 1. Conceptualização comportamental do MS</i> .....	10
<i>Figura 2. Análise funcional do caso.</i> .....	14

## Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre me apoiam em tudo. Mais do que pais, cuidadores, amigos, os melhores do mundo sem dúvida. Tudo o que sou e tenho a vocês devo, obrigada do fundo do coração.

À minha professora e orientadora Teresa Freire. Que me recebeu tão bem no seu grupo, me apoiou não só em todo este trabalho, como num estágio, que foi sem dúvida a minha melhor escolha. Que na sua falta de tempo, arranja sempre um tempo e uma palavra amiga. Obrigada por toda a ajuda, partilha, reuniões, experiência partilhada, por me mostrar o que é a Psicologia e como ajudar os outros.

À Janine. Pela sua disponibilidade, ajuda e muita paciência, neste processo que ela acompanhou talvez mais perto do que ninguém. Pela hora que combinávamos para delinear consultas que se transformavam em duas de partilhas, muitas conversas e uma boa amizade. Por ser o meu “anjo da guarda” nestas últimas semanas, logo eu que não acredito nestas coisas. Obrigada mesmo.

À minha irmã. Que mesmo longe e no meio da sua confusão, está tão presente e me amparou neste “caos”. Barafusta-mos com tudo mas não vivemos uma sem a outra, e nos momentos mais difíceis é contigo que sei que posso contar. Amor de irmãs é isto. Obrigada Cati.

Ao Francisco. Meu colega de casa há 3 anos, amigo há mais alguns e o melhor sem dúvida. Por me conhecer e aturar como ninguém, em todos os meus ápices e histerismos, por ser a minha maior distração, mas ao mesmo tempo o meu apoio diário.

À Kelly. Sem dúvida a melhor pessoa que a universidade me deu e que conheci até hoje. Por ser a minha confidente e melhor amiga em todos os momentos.

À Flávia, à Cláudia, à Gabi e à Nadine. Cada uma única e à sua maneira, em diferentes momentos, fizeram destes anos os melhores. Sem dúvida companheiras e amigas que levo para a vida.

Ao Martim e ao André. Fiel companhia no último momento. Por todas as risadas, paciência e ajuda preciosa.

À minha restante família que também me ajudou neste processo. À minha “família Nº2” que está sempre presente nos momentos mais importantes. E aos amigos, que não mencionei, sendo impossível agradecer a todos um a um, mas que também foram essenciais para a conclusão deste percurso.

O meu muito obrigada a todos.

## Resumo

O mutismo seletivo é uma perturbação complexa, bastante resistente à terapia, em que se deve ter em atenção todos os fatores situacionais, contextuais, e características individuais da criança, para um tratamento bem-sucedido. Este estudo de caso demonstra o processo de avaliação e terapêutico de uma menina de 10 anos que apresenta mutismo seletivo. O objetivo principal é compreender mais detalhadamente esta perturbação e as suas implicações na vida da criança. Recorrendo a uma terapia cognitiva-comportamental adaptada, com recurso ao jogo como forma de intervenção, pretendeu-se perceber quais revelaram ser as melhores estratégias com sucesso ao longo de todo o processo terapêutico. O tratamento consistiu em 47 sessões, incluindo psicoeducação, relaxamento, jogos lúdicos, exposição e sistema de recompensas. Os progressos obtidos são listados ao longo do estudo e surgem de um trabalho em equipa de terapeutas, direcionado especificamente para a criança. Ainda são necessários estudos nesta problemática, para encontrar mais respostas que possam ajudar estas crianças.

*Palavras-chave:* mutismo seletivo, terapia cognitiva-comportamental, terapia pelo jogo, equipa de terapeutas

### Abstract

Selective mutism is a complex disorder, quite resistant to therapy, in which all the situational and contextual factors, and individual characteristics of the child must be taken into account in order for a successful treatment. This case study demonstrates assessment and therapeutic processes of a 10-year-old girl with selective mutism. The main objective is to detailed understand this disorder and its implications in child's life. Using adapted cognitive-behavioral therapy, and play-therapy as a form of intervention, we tried to understand what proved to be the best strategies successfully throughout the therapeutic process. The treatment consisted of 47 sessions, including psychoeducation, relaxation, playful games, exposure and rewards system. The progress achieved is listed throughout the study and comes from a teamwork of therapists, specifically aimed at the child. Studies are still needed on this problem, to find more answers that can help these children.

*Keywords:* selective mutism, cognitive behavioral therapy, play therapy, therapist's team

## Introdução

### O que é o Mutismo Seletivo?

O mutismo seletivo (MS), de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), é uma perturbação que se caracteriza por uma incapacidade persistente de falar em determinadas situações, nomeadamente sociais, nas quais existem expectativas sobre a criança (e.g., escola), no entanto esta incapacidade não se manifesta em outros contextos, como por exemplo no ambiente familiar, em que a criança fala normalmente com os pais e pessoas mais próximas (American Psychiatric Association [APA], 2013). As expectativas criadas em volta da criança fazem com que esta se iniba de falar, no entanto, ela compreende o idioma e o que lhe é pedido, mas é incapaz de comunicar devido à timidez e ansiedade extremas que são geradas nessas situações. Esta incapacidade interfere na realização educacional ou ocupacional da criança, assim como na comunicação social.

É normalmente diagnosticado com a entrada na escola primária (Viana, Beidel, & Rabian, 2009), onde a criança é confrontada de forma repetida com o desafio de falar em frente a outros, passando este problema muitas vezes despercebido até aqui. O MS surge, tipicamente, antes dos cinco anos de idade (Cunningham, McHolm, Boyle, & Patel, 2004 citado por Oerbeck, Stein, Pripp, & Kristensen, 2015), apresentando-se como uma perturbação rara, mais frequente em meninas (Krysanski, 2003; Muris, Hendriks, & Bot, 2016) e em crianças bilingues (Cohan, Prince, & Stein, 2006, citado por Oerbeck et al., 2015).

Estas crianças apresentam padrões de fala variante e comunicação não-verbal típica como acenar a cabeça e apontar/gesticular. Apresentam ainda características semelhantes no seu comportamento, manifestados sob a forma de ansiedade, timidez, contato ocular mínimo e isolamento social (Ford, Sladeczek, Carlson, & Kratochwill, 1998), apresentando na maioria dos casos comorbilidade com outros tipos de perturbações. Estudos que usaram análises correlacionais mostraram haver associação entre a inibição comportamental e níveis elevados de sintomas de ansiedade social, com outras perturbações de ansiedade e com o MS (Muris et al., 2016). Outros problemas associados são enurese, défices de atenção, hiperatividade, comportamento desafiante/oposicional, problemas de humor, fobia social, ataques de pânico, comportamentos obsessivo-compulsivos, reações de stress pós-traumático e dificuldades de ajustamento (Ford et al., 1998).

### Etiologia do MS

Até ao momento ainda não foi possível apontar uma etiologia única para o MS, sendo conceptualizado como uma interação entre diversos fatores ambientais e genéticos (Cohan et al., 2006 citado por Viana et al., 2009). Diversos estudos têm vindo a suportar a ideia que o



MS ocorre “ em família”, assim como a existência de uma relação familiar entre MS, fobia social e perturbação de personalidade evitante (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Stein, 2007). Outra investigação que estudou o bem-estar comportamental e emocional de vinte e seis crianças com MS, tal como os níveis de sintomas psicológicos e atitudes parentais, encontrou correlações entre a psicopatologia materna e a gravidade dos problemas emocionais e comportamentais manifestados por essas crianças (Alyanak et al., 2013). Outras causas apontadas, são eventos de vida que parecem influenciar o início do MS (Ford et al. 1998) - mudança para uma nova escola (19%), mudança de casa (18.3%), conflito conjugal entre pais (13.1%), hospitalização (6.5%), doença grave (4.6%), morte de um familiar próximo (4.6%), abusos físico (2%) e sexual (1.3%), e outros eventos traumáticos não especificados (31.4%). As provas não se mostraram conclusivas para afirmar que estes eventos/traumas estão diretamente relacionados com o aparecimento do MS, no entanto, estes podem contribuir parcialmente para o desenvolvimento desta perturbação.

A família, especialmente os pais, assumem um papel crucial na promoção da educação da criança, sendo os modelos e os maiores influenciadores do comportamento exibido por ela, nomeadamente, o comportamento social e a fala (Muris & Ollendick, 2015). É muito comum, os pais, ao verem a criança ficar ansiosa quando questionada por outrem, responderem por ela, o que alivia a sua ansiedade, mas reforça o comportamento de evitamento da fala (Lewis, 2016). Por este e outros comportamentos, a intervenção junto dos pais, treinando alguns destes fatores demonstra-se importante.

O estilo parental também aparece como fator etiológico do MS. As famílias de crianças com MS têm sido descritas como mais isoladas, conflituosas, e que se abstraem de contacto social (Renschmidt et al., 2001 citado por Viana et al., 2009), a que acresce o conflito conjugal. Também associado está o estilo parental super-protector, caracterizado por excesso de controlo, atitudes ansiosas e mais exigentes dos pais (Alyanak et al., 2013).

### **Intervenções e Tratamentos**

Um dos grandes desafios do MS prende-se na escolha da intervenção mais adequada. Previamente é necessário efetuar um diagnóstico, onde devem ser reunidas uma série de informações acerca da criança. Para tal, são realizadas entrevistas junto dos pais acerca das dificuldades e história desenvolvimental, além de entrevistas junto dos professores para aceder a mais informação, assim como observar diretamente os comportamentos apresentados pela criança (Mitchell & Kratochwill, 2013).

O tratamento e a deteção precoce em crianças com MS é crucial, devido ao risco elevado para a cronicidade dos sintomas e pelo impacto negativo no seu funcionamento

educacional e social (Schwartz, Freedy, & Sheridan, 2006, citado por Mitchell & Kratochwill, 2013). Assim, atribui-se à fase pré-escolar particular relevância para o reconhecimento de comportamentos ansiosos e introspetivos, que muitas vezes precedem o MS (Oerbeck, Stein, Wentzel-Larsen, Langrsrud, & Kristensen, 2014). Um estudo com intervenção realizada em casa e na escola (Oerbeck et al., 2014), demonstrou que as crianças mais novas (três a cinco anos) beneficiam mais do tratamento do que as crianças mais velhas, o que salienta a importância de uma intervenção o mais cedo possível. No entanto, outras investigações têm demonstrado que o tratamento também pode ser eficaz em crianças mais velhas (Christon, Robinson, Arnold, Lund, Vrana, & Southam-Gerow, 2012; Leben, 2009;), aplicando técnicas que envolvam jogos/brincadeiras e estratégias a nível cognitivo-comportamental. Estudos que recorreram a grupos de controlo (sem intervenção), mostraram que o tratamento é importante e melhora significativamente o discurso de crianças com mutismo (Bergman, Gonzalez, Piancentini, & Keller, 2013; Oerbeck et al., 2014).

Ao longo do tempo têm sido utilizadas diversas abordagens psicossociais, psicodinâmicas, familiares e farmacológicas, no tratamento do MS, considerado particularmente difícil, quando comparado a outras perturbações (Oerbeck et al., 2015). Estudos já demonstraram o efeito do uso de medicação na melhoria dos sintomas, recorrendo nomeadamente à fluoxetina e a inibidores seletivos da recaptção de serotonina (Black & Uhde, 1994, citado por Oerbeck et al., 2015; Manassis & Tannock, 2008).

A nível comportamental, estratégias como gestão de contingências, modelagem, desvanecimento de estímulo e treino de habilidades sociais têm-se mostrado eficazes, assim como técnicas cognitivas como processamento cognitivo, treino de relaxamento e dessensibilização sistemática (Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt, & Austin, 2004; Reuther, Davis, Moree, & Matson, 2011).

Uma intervenção comportamental eficaz deve passar por um programa lento e sistemático, que recompensa aproximações sucessivas da criança aos comportamentos-alvo - interação social normal e comunicação em diversas situações. Conforme a criança aprende competências para gerir a sua ansiedade, deve ser reforçada a realizar interações e comportamentos verbais mais complexos. Para tal é necessário desenvolver previamente com ela uma hierarquia das situações temidas que podem ser trabalhadas durante as sessões (Cohan, Chavira, & Stein, 2006).

Especificamente para casos de MS, Bergman (1998) desenvolveu um manual específico de intervenção, que tem por base um tratamento comportamental integrado, consistindo num protocolo de 20 sessões ocorridas durante um período de meio ano. Esta

autora chama à atenção para as sessões ocorrerem durante o período de escola da criança, por ser uma perturbação associada a este contexto, e envolvendo uma equipa - pais, professora e criança. O tratamento é guiado de acordo com os objetivos definidos no início do programa, e envolve estratégias como exposição gradual e gestão de contingências, referindo a importância de um ambiente convidativo e confortável para a criança. O programa começa por ser desenvolvido em contexto clínico, mas tem por objetivo ser alargado a outros contextos - casa e escola (Howard, 2013).

O MS continua a ser um dos problemas mais desconcertantes e desafiadores da atualidade, estimando-se uma prevalência de aproximadamente .75% (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002, referido por Cohan et al., 2006). Apesar da investigação crescente e dos resultados bem-sucedidos com diferentes intervenções (Bergman et al., 2013; Mitchell & Kratochwill, 2013; Oerbeck et. al., 2014; Oerbeck et. al., 2015), a pesquisa nesta área está em contínua expansão e é necessária para encontrar a melhor forma de ajudar estas crianças.

### **O MS e o Presente Estudo**

Para estudar esta problemática, uma metodologia que tem sido bastante utilizada são os estudos de caso (Christon et. al., 2012; Leben, 2009; Loudon, 1987; Mitchell & Kratochwill, 2013; Zelenko & Shaw, 2000). Estes representam a estratégia preferida quando se pretende responder a questões do tipo “como” e “porquê”, apresentando como foco fenómenos que estão inseridos em algum contexto da vida real (Yin, 2001, p.19). É uma abordagem metodológica de investigação adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos/contextos complexos, nos quais estão, simultaneamente, envolvidos diversos fatores.

Este estudo apresenta como principais objetivos, compreender mais detalhadamente esta perturbação e perceber quais as melhores estratégias para lidar e tratar casos de MS, analisando em estudo de caso uma criança de 10 anos que está a ser acompanhada num processo terapêutico. Inicialmente tratava-se de um caso regular, com pagamento de consultas, atendido num serviço inserido em contexto universitário. Sendo este direcionado para a investigação, foi proposto aos pais ser realizado um estudo sobre o MS, para avaliar a eficácia de algumas estratégias terapêuticas. Dado o consentimento informado escrito pelos pais, as consultas de A. passaram ao encargo do serviço, não havendo custos associados, permitindo um acompanhamento semanal. Desta forma pretende-se realizar uma análise da intervenção praticada em casos como este, sendo analisada a sua eficácia. Quais as técnicas que revelaram ter sucesso na terapia? Como é que técnicas cognitivo-comportamentais

afetaram o comportamento da criança ao longo da terapia? Como deve ser realizada a adaptação da terapia à criança que está a ser alvo de estudo?

O estudo recorreu à terapia cognitivo-comportamental (TCC), com recurso ao manual – *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach* (Bergman, 2013). Este tem como bases fundamentais a exposição gradual, a gestão de contingências e o trabalho de equipa (terapeuta, criança, pais e professora), que partilham o mesmo objetivo - aumento das verbalizações da criança em contexto social.

A TCC parece ser indicada em casos de MS, nomeadamente usando técnicas de modelagem e de reforço positivo (Cohan et al., 2006; Kehle, Madaus, Baratta, & Bray, 1998). O terapeuta assume um papel ativo, trabalhando ao nível dos pensamentos irracionais ou perceções defeituosas que causam o comportamento problemático, que tem sido treinado ao longo do tempo através de reforço (Beck, 2011, p.2).

Como podemos ver, através de um modelo de conceptualização comportamental do MS (Figura 1), a expectativa criada em volta da criança para falar funciona como predisponente para o aumento da ansiedade. Evitar a fala opera como resposta a este aumento de ansiedade, servindo para reduzir a mesma – sensação de alívio. Este evitamento é negativamente reforçado ao longo do tempo, quando bem-sucedido na diminuição da ansiedade desencadeada pela expectativa de fala (Bergman, 2013). Foi neste comportamento de evitamento que a terapia atuou, operando ao mesmo tempo ao nível da ansiedade gerada na criança, reduzindo-a.

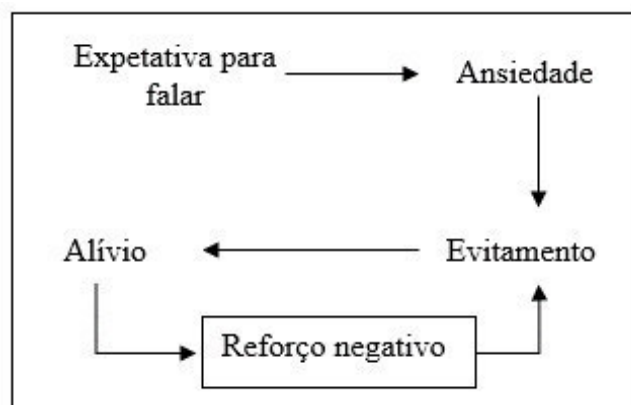


Figura 1. Conceptualização comportamental do MS.

Adaptado de “Treatment for Children with Selective Mutism : An Integrative Behavioral Approach”, p.9., de L.R. Bergman, 2013, New York: Oxford University Press.

## **Descrição do caso**

### **Identificação da Paciente**

A. é uma menina de 10 anos, que está no momento da realização do estudo a frequentar o quinto ano de escolaridade. Vive com os pais e duas irmãs mais novas, com quem mantém uma relação próxima e cúmplice. O pai é técnico de artes gráficas e a mãe professora universitária e psicóloga. Os pais descrevem-na como alegre e muito perfeccionista. Frequenta aulas de ginástica e de teatro como atividades extracurriculares.

### **Motivo da Consulta**

Os pais de A. trouxeram-na à consulta por apresentar dificuldades em falar com adultos em variados contextos, nomeadamente na escola. Dificuldade essa que apresenta desde sempre, segundo a mãe, verbalizando apenas com a família mais próxima e colegas da escola. A mãe diz que já tentaram várias estratégias em casa para que A. falasse – reforços, castigos, forçar – mas sem sucesso.

Os pais resolveram procurar ajuda quando A. frequentava o início do quarto ano. Mostrando-se bastante preocupados com a sua situação na escola, uma vez que, chegando ao quinto ano, A. teria professores diferentes em cada disciplina, o que aumentaria o desafio em comunicar.

### **História do Problema**

A. teve um crescimento normal e não é conhecido nenhum acontecimento traumático que possa ter desencadeado o problema. Os pais referem que desde sempre teve contacto com outras crianças, não demonstrando qualquer dificuldade em interagir, dificuldade essa que surge apenas com adultos. Ambos os pais descrevem-se como sendo eles próprios bastante tímidos.

Até aos três anos, A. estava com uma ama e falava bem. Aos quatro anos de idade entrou para o infantário, local que gostava de ir, apesar de nunca ter falado para as educadoras. Com a entrada para o primeiro ciclo, permaneceu na mesma turma e com a mesma professora ao longo de quatro anos. Refira-se, contudo, que neste período de tempo nunca falou diretamente com esta professora, usando as colegas, principalmente, uma melhor amiga, para comunicar por si. No entanto, é uma menina com bom rendimento escolar, bem-disposta, atenta e focada nas tarefas.

É mencionado pelos pais que quando existem convívios familiares, A. necessita de um período de adaptação para iniciar uma conversa, nunca tomando a iniciativa. Referem ainda que em situações inesperadas, A. costuma bloquear, ficando bastante nervosa, evidenciando sinais de ansiedade como morder os lábios, respiração mais acelerada e desviar o olhar.

### **Avaliação Inicial do Caso**

O principal objetivo, numa fase inicial era conhecer melhor A., recorrendo a uma abordagem multi-método com várias fontes. Para tal foram realizadas entrevistas com os pais e professora, foi utilizada a observação e a aplicação de questionários. As entrevistas clínicas deram a conhecer informação acerca da história desenvolvimental de A., a nível emocional, comportamental, familiar, académico e psicossocial, além das principais queixas apresentadas sobre o problema.

O comportamento de A. foi observado logo na primeira sessão, mostrando-se muito tensa e sem expressão verbal. A nível de questionários, foram aplicados aos pais o Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18 e à professora o Questionário de Comportamentos da Criança – TRF 6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001). Pais e professora, preencheram também o Questionário de Mutismo Seletivo (traduzido) – SMQ (Bergman, 2013). Os resultados obtidos por esta avaliação confirmaram o diagnóstico de A. como sendo MS, preenchendo todos os critérios estabelecidos pelo DSM-5 (APA, 2013), que define o MS como: a) Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (e.g., na escola), apesar de falar em outras situações; b) A perturbação interfere na realização educacional ou profissional ou na comunicação social; c) A duração mínima da perturbação é um mês (não limitada ao primeiro mês de escola); d) O fracasso para falar não se deve a um desconhecimento ou desconforto com o idioma exigido pela situação social; e) A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno da comunicação (e.g., transtorno da fluência com início na infância) nem ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno do espectro autista, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. Relativamente aos resultados obtidos nas CBCL's, apenas há valores significativos na escala de Isolamento/Depressão, que se apresenta a nível clínico para a mãe e *borderline* para o pai, estando o score total num nível normativo, T = 51 e T = 59 da mãe e do pai, respetivamente. Quanto à TRF preenchida pela professora, a escala Isolamento/Depressão está a nível *borderline* (8) e a internalização encontra-se a nível clínico (T = 66).

### **Análise Topográfica**

Para se conhecer de forma mais detalhada em que situações apresentava mais dificuldades e porque se estava a manter o problema de A., foi realizada uma análise topográfica do caso consistindo na descrição dos seus comportamentos nos diferentes domínios. A informação decorrente desta análise está representada na Tabela 1.

Tabela 1

*Análise topográfica do caso*

<b>Domínio familiar</b>	<b>Domínio escolar e pares</b>	<b>Domínio desconhecido</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A. fala fluentemente com pais e família mais próxima.</li> <li>▪ Na presença de desconhecidos, evita falar com os pais ou fala muito baixinho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em quatro anos nunca falou com a professora.</li> <li>▪ Não fala com nenhum dos professores do quinto ano na escola.</li> <li>▪ Às vezes utiliza alguma comunicação não-verbal para comunicar, e.g., acenar com a cabeça.</li> <li>▪ Fala com os pares sem qualquer problema.</li> <li>▪ Utiliza uma amiga como “muleta”, que comunica por ela em situações da escola.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por insistência dos pais, já realizou, por exemplo, um pedido no restaurante.</li> <li>▪ Não consegue falar com desconhecidos e em novos ambientes.</li> </ul>

Nota. Adaptado de “Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo,” de M.R. Menchón & J.J.S. Manera, 2017, *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4, p.53.

**Análise Funcional**

Na Figura 2 é apresentada uma análise funcional do caso, ou seja, quais os fatores causais relevantes que explicam o comportamento de A. É aí possível observar a origem hipotética do problema, assente em quatro fatores que funcionam também como predisponentes: a característica de perfeccionismo de A., a inibição comportamental e social que esta apresenta, uma história parental de timidez e a expectativa que criam sobre ela para falar. Estes fatores contribuem para um aumento da ansiedade sentida por A. perante situações sociais, nomeadamente na escola - contexto bastante problemático. A resposta a isto é um evitamento da fala, que é mantida pelo facto das pessoas à sua volta aceitarem a comunicação não-verbal ou aceitarem que falem por ela (reforço negativo) e ainda obter alguns benefícios por isso (reforço positivo) – fatores de manutenção. Daqui emerge um cenário de MS, resultando em problemas ao nível escolar e social.

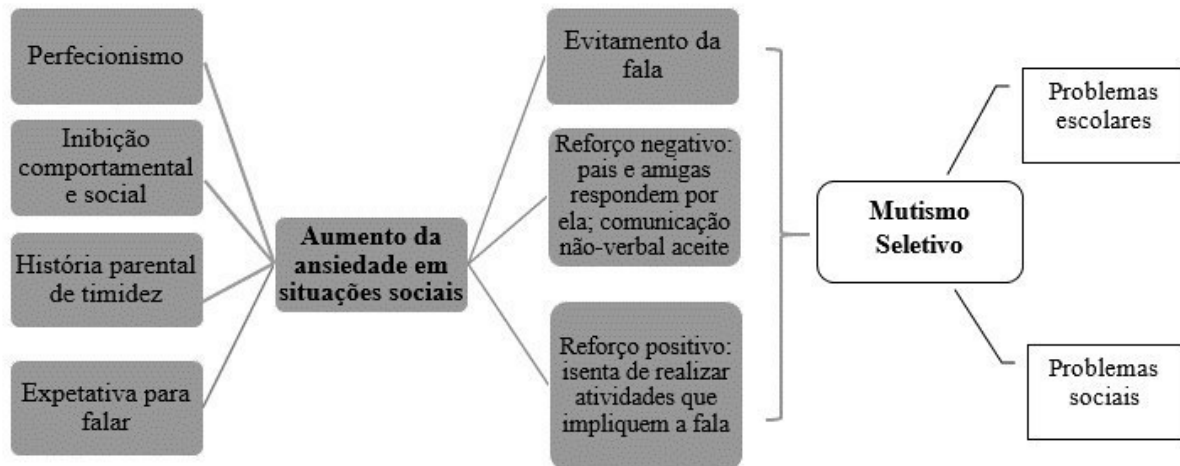


Figura 2. Análise funcional do caso.

Adaptado de “Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo,” de M.R. Menchón & J.J.S. Manera, 2017, *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4, p.54.

### Processo terapêutico

#### Enquadramento e Objetivos Terapêuticos

Recorreu-se à TCC, utilizando o Manual - *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach* (Bergman, 2013). Tal como o nome indica trata-se de uma abordagem comportamental integrada, estando na sua base o princípio de apresentar à criança uma tarefa que é fácil e não suficiente ameaçadora, para esta conseguir tolerar. Quando a criança completa com êxito esta exposição "fácil" precoce, em vez de evitar a fala ou aproximação da fala, ela é capaz de quebrar o ciclo de reforço negativo e, em vez disso, o comportamento desejado (fala) é positivamente reforçado. Aí inicia-se o processo de aumentar, gradualmente, a dificuldade das situações que são apresentadas à criança, com a expectativa que ela seja capaz de produzir a fala. Este método tem-se revelado bastante eficaz no tratamento de crianças com MS (Howard, 2013).

Além das atividades sugeridas e aplicadas segundo o manual de Bergman, foi também incluída na terapia uma vertente muito lúdica – *play therapy* (Menchón & Manera, 2017), utilizando “jogos” apelativos como estratégia de intervenção, de modo a produzir e a aumentar o discurso. Este tipo de intervenção, aliada a técnicas comportamentais e adaptada individualmente a cada criança, parece ser bastante eficaz em casos de MS (Krysanski, 2003). Além disto, a novidade deste estudo assentou também na criação de um contexto social nas sessões, através de uma “equipa” de terapeutas, composta por uma terapeuta sénior e duas terapeutas juniores. A presença de várias pessoas permite a criação de múltiplas interações



verbais, aproximando-se de um contexto real de relacionamento interpessoal. A terapia a três foi autorizada e consentida pelos pais.

Assim foram delineados um conjunto de objetivos terapêuticos: 1) Psicoeducação com os pais e professores, sobre o processo de gênese, desenvolvimento e manutenção do MS; 2) Aumento da comunicação verbal e funcionamento social e acadêmico de A.; 3) Diminuição do nível de ansiedade e angústia perante situações sociais; 4) Extinção de comportamentos de evitamento em situações que impliquem a fala.

### **O Processo: Sessões e Resultados**

De seguida é apresentado todo o processo terapêutico, decorrido ao longo de ano e meio, com um total de 47 sessões, sendo o foco da terapia enfatizar as capacidades e potencialidades de A.

Dada a sua extensão, as sessões foram divididas em três fases principais. A fase inicial consistiu numa recolha de informação acerca do caso e no estabelecimento de uma relação terapêutica. Após se perceber que A. estava mais à vontade na terapia, iniciou-se a fase intermédia que teve por base um conjunto de jogos com o objetivo de aumentar as verbalizações da criança. Outro aspeto importante desta fase foi reforçar aquilo que A. já era capaz de fazer. Posto isto, iniciou-se uma fase final de consolidação dos ganhos terapêuticos e alargamento para outros contextos - exposição a situações reais que envolvam a fala. No final de cada fase encontra-se tabelas resumo – Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4, Tabela 5, Tabela 6 e Tabela 7- referindo os objetivos de cada fase, as estratégias terapêuticas que se revelaram eficazes e os resultados/progressos obtidos em cada uma.

#### **I. Fase inicial (Sessões 1 - 9)**

As primeiras sessões tiveram como objetivo conhecer melhor A. e a criação de uma relação terapêutica. Nesta altura, A. não conseguia ficar sozinha com a terapeuta e, por isso, a mãe, permaneceu na sala de consulta nas primeiras sessões. A. mostrava-se pouco à-vontade, demonstrando uma postura rígida e tensa, não reagindo bem ao toque, incapaz de falar e de emitir qualquer tipo de resposta verbal ou não-verbal (e.g., acenar) a questões.

Nesta fase foi explicado aos pais as causas e a incidência da perturbação, e dadas algumas indicações e explicações do comportamento de A.– Psicoeducação. Tratando-se de uma intervenção multidisciplinar, foi referido aos pais a importância da sua colaboração ao longo do processo, tal como da família alargada e da professora.

Nesta altura, foi igualmente importante conhecer o comportamento “habitual” de A. Pelo que, nas primeiras sessões, ficava alguns momentos sozinha na sala de consulta com a mãe, a realizar algumas atividades (construção de uma boneca, fantoches), para que fosse

possível observar a sua dinâmica através da sala de observação. Este procedimento de observação cumpriu as condutas éticas necessárias, nomeadamente a autorização e consentimento informado assinado pelos pais. Era clara a mudança de A. quando ficava sozinha com a mãe na sala - comportamento entusiasmado, saltando, brincando e sorrindo. Por sua vez, quando a terapeuta voltava à sala, a expressão facial e corporal de A. mudava completamente – aumento de ansiedade, tensão e imobilidade. Era muito importante a presença da mãe, nesta fase inicial, mesmo para começar a realizar alguns jogos com A., que acabava por participar com a sua ajuda, e.g., jogo do quente e frio, empurrando a mãe na procura dos objetos escondidos.

Começou a notar-se alguma recetividade em relação ao toque - “mais 5” com as mãos e abraço às terapeutas que acompanhavam o caso. Aos poucos tentou-se que A. ficasse sozinha na sala de consulta. Numa primeira tentativa, mostrou-se relutante em afastar-se da mãe, agarrando-se a ela, revelando uma expressão triste e ansiosa. Quando ficou sozinha na sala pela primeira vez, A. permaneceu sempre na mesma posição, sem reagir àquilo que a terapeuta dizia e revelando-se incapaz de realizar qualquer uma das tarefas que lhe foram propostas. No entanto, o seu esforço em ter conseguido ficar sozinha foi reconhecido na sessão seguinte, estreando-se aqui o sistema de recompensas (caneta).

Os jogos começaram a influenciar A. a colaborar na sessão, pois demonstram ser um meio de desbloqueio e de redução da ansiedade para falar – fica mais descontraída. O jogo escolhido foi o “Quem é quem?” (Bergman, 2013), transfigurado e adaptado em animais e objetos escolares. A. foi muito participativa no jogo, acenando com a cabeça “sim”/“não” para dar as respostas. Após alguma insistência das terapeutas, conseguiu dizer “a” muito baixinho, para dizer que é um animal – primeira verbalização. Todas as respostas foram reforçadas com “muito bem” e “mais 5”. Foi através do jogo do “peixinho”, em que tinha de dizer o nome das imagens que queria, que A. foi capaz de verbalizar as primeiras palavras. O reforço é um elemento essencial nesta terapia, mesmo quando é apenas verbal, pois é uma forma da criança sentir que é capaz (Kehle et al., 1998; Reuther et al., 2011). Outra condição que pareceu influenciar A. foi caso não completasse a tarefa, a sessão tinha de acabar. Isto de alguma forma desbloqueia A. e acaba por realizar as atividades, pois é notável que aprecia a vitória nos jogos, não desistindo e resistente à ideia de a sessão acabar por não realizar as tarefas.

Os progressos a realçar aqui são A. ter ficado sozinha na sala com as duas terapeutas, acenar com a cabeça para responder a questões, as primeiras interações verbais, quer na presença da mãe mas também sozinha, e as primeiras palavras em voz alta.

Nesta altura, foi realizada uma reunião, com os pais e a professora, para lhes transmitir as principais aquisições de A. até este momento.

Tabela 2

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>Fase Inicial (1-9)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Recolha de informação;	Psicoeducação;	Fica sozinha na sala de consulta;
Estabelecimento da relação terapêutica;	Presença inicial da mãe;	Acena Sim/Não;
Interações não-verbais e verbais.	Questionários;	Envolvimento nas atividades;
	Jogos lúdicos.	Início das verbalizações.

## **II. Fase Intermédia (Sessões 10 - 34)**

Na fase intermédia houve a necessidade de agrupar as sessões em quatro subfases. Esta divisão deveu-se a acontecimentos que marcaram o processo terapêutico, nomeadamente o facto de a criança terminar o ano letivo (Fase intermédia 1 e 2), dar-se o período das férias e iniciar um novo ano letivo (Fase intermédia 3 e 4).

### **1. Fase intermédia (Sessões 10 - 16)**

Dados os progressos até aqui, foi importante reforçar A. naquilo que já conseguia fazer. Foi de notar que a criança demonstrava-se mais à-vontade, começando a entrar para a sala de consulta sem qualquer hesitação – o que não acontecia inicialmente.

Ao longo do processo terapêutico, verificou-se que a vertente lúdica era a melhor forma de chegar até A. e desta verbalizar e participar nas sessões. Novos jogos foram aqui introduzidos - “Stop” e “Que animal sou eu?”-, no primeiro, mais simples, A. tinha apenas de dizer palavras começadas pela letra que saiu no jogo. No segundo, mais desafiante, a criança teve de fazer perguntas para adivinhar que animal é, e responder também a questões quando eram as terapeutas a tentar adivinhar.

Nesta fase havia alguma hesitação por parte de A. para iniciar a participação nos jogos. Daí a necessidade de fazer várias repetições e tentativas até ela conseguir interagir - estratégia que foi funcionado ao longo das sessões. Ao mesmo tempo, foi-lhe transmitida a ideia de que é importante e divertido participar, sob pena de o jogo não poder continuar – demonstrando à criança que a sua participação era essencial. A. revelou clara dificuldade quando tinha de dizer, ou perguntar algo inventado por si e não apenas dizer algo que estava escrito, havendo vários momentos em que bloqueava. A leitura em voz alta mostrava-se

também um desafio para A. Para tirar o foco da leitura, foi introduzida música nesta fase da terapia. O objetivo era criar um ambiente mais descontraído, ao mesmo tempo que se realizavam diversos jogos dinâmicos, que implicam a leitura de palavras. A música marcava o tempo para realizar a atividade, sendo que quando apresentava um ritmo mais acelerado, envolvia a troca de lugares, o que reduz significativamente a ansiedade sentida por A. – contexto lúdico e descontraído para redução de ansiedade na criança.

A. começou a conseguir completar e dizer frases em voz alta, como por exemplo “eu gosto de...ginástica”. Dada esta evolução, pretendeu-se trabalhar o tom de voz de A. - que era neste momento sussurrado, para tal é aumentado o volume da música, o que obrigava A. a falar mais alto, isto funcionou bastante bem e até acabou por ser divertido para A. Nesta altura, foram introduzidas nas sessões algumas técnicas de relaxamento, tais como descontrair braços, adotar uma postura deitada e respirar fundo.

De realçar que, nesta fase, nem sempre foram atribuídas recompensas à criança, e que estas apenas aconteceram quando A. praticava as tarefas solicitadas, tendo de compreender que o prémio estava relacionado com tarefas que efetivamente conseguia realizar. Foi também introduzido o ‘sim’ e o ‘não’ verbal, que foi bem aceite por A., deixando de acenar.

Tabela 3

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>1. Fase Intermédia (10-16)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Reforçar e iniciar as primeiras verbalizações;	Jogos lúdicos;	Mais participativa nos jogos;
Promover a participação nos jogos.	Música;	Mais descontraída;
	Repetições e tentativas;	Aumenta as verbalizações;
	Tempo limite de realização;	Tom de voz mais alto.
	Relaxamento;	
	Recompensas;	
	Estabelecer regras.	

**2. Fase intermédia (Sessões 17 - 20)**

Nesta fase, pretendia-se aumentar o grau de dificuldade para A., assim foram introduzidas atividades que exigissem maior produção ao nível da fala, por exemplo uma peça de teatro - A. tem de assumir um papel e dizer determinadas falas. Foi visível que quando aumentada a complexidade das tarefas, A. tinha mais dificuldade em iniciar a sua realização,

no entanto, após conseguir “desbloquear” a ação uma primeira vez, realizava o resto da tarefa sem dificuldade. Foram introduzidos, simultaneamente, novos exercícios de relaxamento - “espremer o limão”, “inspirar para soprar a pena” e “boneca de trapos” – exercícios que consistem em provocar tensão e posterior relaxamento dos músculos, fechando os olhos, respirar profundamente, e sentir as diferentes sensações do corpo quando está tensa ou relaxada.

Os pais foram convidados a assistir a uma sessão pela sala de espelho. Isto tinha como objetivo presenciarem os progressos da filha e observarem algumas estratégias que eram utilizadas na terapia – repetir/recomeçar a tarefa até ser capaz; insistência sem permitir que a criança desista; relaxamento; *feedback* e elogios; desviar a atenção do facto de a criança falar.

Visto que A. havia evoluído muito em consulta, pretendeu-se, neste momento, começar a alargar os ganhos terapêuticos de A. a outros contextos. Assim, começaram a ser realizadas algumas tarefas e jogos fora da sala de consulta – zona de conforto, conforme combinado com A., causando alguma imprevisibilidade. Foi notável alguma resistência e nervosismo iniciais por parte da criança, mas acabou por realizar os jogos na rua, falando num tom bastante alto. Conseguiu também falar com pessoas fora do contexto de consulta, dizendo “obrigada”.

Foi introduzida uma nova regra - A. tem de cumprimentar as terapeutas dizendo “olá” e “adeus”, no início e final da sessão, cumprindo prontamente. Momento de interrupção da terapia para as férias de verão.

Tabela 4

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>2. Fase Intermédia (17-20)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Aumentar grau de dificuldade;	Jogos lúdicos que envolvam mais verbalizações;	Aumenta as verbalizações.
Envolver os pais;	Repetições e recomeçar;	
Alargar os ganhos terapêuticos a outros contextos.	Não criar alternativas; Relaxamento; Feedback e elogios.	

### 3. Fase intermédia (Sessões 21 - 27)

As sessões começaram numa altura de mudança para A., a entrada para o quinto ano, que era grande preocupação dos pais. Estes fizeram saber à terapeuta que A. se estava a adaptar bem ao novo ano, tendo novos amigos, apesar de não falar com nenhum dos professores. Ocorreu também uma mudança nas sessões, com a entrada da segunda terapeuta júnior que passa a fazer parte da “equipa”. Num primeiro momento, A. não foi capaz de comunicar como antes, mas mostrava-se à-vontade, e após um período de adaptação começou a responder às perguntas com sim/não. Era importante lembrar à criança o que ela já era capaz de fazer, advertindo-a de que não se deve regredir no processo e que, por isso, continuava a ser capaz de responder verbalmente sim/não, cumprimentar com “olá” e despedir-se com “adeus”, participar nos jogos, ler em voz alta.

Nesta fase os jogos começaram a transformar-se em atividades com um grau de exigência mais elevado, que implicavam, essencialmente, um aumento do discurso de A., por exemplo a realização de um teatro, tendo de interpretar e dizer as falas de uma personagem.

Foi extremamente importante, nesta fase, o autorreforço na criança daquilo que já era capaz de fazer, incentivando-a a verbalizar isso mesmo: “Eu sou capaz de ler em voz alta”. Em algumas atividades mais complexas foi também permitido a A., escrever primeiro as respostas pois era uma estratégia que ajudava a criança (Christon et al., 2012), assistência essa que foi sendo removida à medida que a criança evoluía e conseguia dizer apenas por si.

Tabela 5

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>3. Fase Intermédia (21-27)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Reforçar e promover o autorreforço;	Introdução de nova terapeuta;	Fica mais desinibida a nível do comportamento.
Aumentar dificuldade das tarefas;	Jogos lúdicos; Autorreforço; Escrita de respostas.	

### 4. Fase intermédia (Sessões 28 - 34)

O objetivo desta fase era aumentar o discurso inventando por A., sem sentir receio em falar – passar para a criança a ideia que não há respostas certas e erradas e que falar é algo

bom, pois é desta forma que os outros sabem aquilo que estamos a pensar – Reestruturação cognitiva (Christon et al., 2012).

Algumas das atividades criadas neste momento consistiam em utilizar palavras, e inventar frases a partir delas, por exemplo a criação de teatros simples e falar sobre situações ligadas a palavras (e.g., escola, música, ginástica). Para aumentar o grau de dificuldade, foram criadas atividades em que apenas podia falar, como a descrição de imagens ou de uma história imaginada. Era muito importante trabalhar em equipa, de “igual para igual”, não fazendo pressão apenas sobre A. Por isso, os dinamismos foram realizados por todas (A. e as três terapeutas). Isto criava uma atenção conjunta na atividade, tirando o foco da criança (Oerbeck, 2015). O sistema de recompensas continuava a ser utilizado em momentos específicos para reforçar a fala.

De salientar que nesta altura, A. era colaborativa nas atividades, mostrava-se muito à vontade e relaxada nas sessões, sorridente e divertida nos jogos. Continuava a bloquear em ocasiões mais específicas, em que se notava, claramente, que não sabia o que dizer, ou estava a pensar. No geral, os progressos eram bastante visíveis, revelando-se principalmente no modo descontraído como a criança se apresentava nas sessões.

Tabela 6

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>4. Fase Intermédia (28-34)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Aumentar discurso inventado.	Jogos lúdicos mais complexos; Trabalho em equipa - Atenção conjunta nas atividades; Reestruturação cognitiva; Recompensas.	Mais descontraída; Aumenta o discurso inventado.

### **III. Fase Final (Sessões 35 - 47)**

Com todas as aquisições que A. demonstrou até aqui, o que se pretendia nesta fase era chegar ao contexto escola, onde A. estando a frequentar o quinto ano não conseguia falar para nenhum professor. Isto pode ser um fator que, mais cedo ou mais tarde, terá repercussões no seu percurso escolar.

Para tal, entrou-se em contacto com a diretora de turma, e numa reunião pretendeu-se ouvir a sua opinião sobre o ano letivo decorrente, reunindo alguma informação do que se passava com A. na escola, e esclarecer eventuais dúvidas que a mesma pudesse ter. Uma das grandes preocupações era a avaliação nas disciplinas que envolvem uma componente prática - A. tem de falar. A professora descreve A. como boa aluna, sempre atenta e que por vezes até ajuda nas atividades, sem nunca falar, acenando apenas para responder a algumas questões.

No início desta fase foi elaborada com A. uma lista de dificuldades, em escada, que esta apresentava na escola, com a ajuda das terapeutas. No topo da escada, como sendo o mais difícil está “fazer uma pergunta aos professores” e no degrau mais baixo, como mais fácil está “Dizer olá à diretora de turma”. A ideia era que A. dissesse “olá” na escola, visto que já conseguia fazê-lo na sessão e na presença de outras pessoas. Uma das atividades realizadas com A. foi a criação de *role-plays* – interpretando situações que podem ocorrer na escola, que realizou com sucesso na sessão.

Os jogos continuaram a ser parte integrante da terapia, como forma de desbloquear A. no início da sessão e pô-la à vontade para as tarefas seguintes, que eram nesta altura de exigência maior. Assim iniciou-se a exposição a situações sociais reais, saindo da sala de sessão, pedindo que A. realizasse tarefas diferentes e para si mais desafiantes – e.g., fazer um pedido num quiosque na rua. A. demonstrou muita hesitação e nervosismo, antes e durante a realização do pedido, mas no final o seu esforço e execução foram muito elogiados. Ao longo destas sessões o grau de desafio foi aumentado, variando o local e o número de pedidos que tinha como tarefas. Um fator que ajudou bastante A. na execução foi dar-lhe um tempo limite que ela tinha de cumprir – o que lhe conferia autocontrolo sobre a tarefa. Além disso continuaram a ser usadas as recompensas, que se materializam nos pedidos que realizava.

Foi possível identificar fatores que condicionaram A. nestas situações (e.g., locais barulhentos, estarem mais pessoas numa fila para pedir, estar alguém a falar com a pessoa para quem ela tem de se dirigir), no entanto acabava sempre por ser capaz e dizer que queria realizar as tarefas, mesmo após uma hesitação inicial.

Numa sessão final realizada apenas com os pais, com o objetivo de saber que progressos eles viam em A., os próprios revelaram observar bastantes diferenças no comportamento da filha. A criança mostra-se mais desinibida em locais desconhecidos, e é capaz de realizar alguns pedidos na presença deles, no entanto continuam a existir situações em que A. fica completamente bloqueada e sem verbalizar, principalmente locais onde não se sente à vontade ou não estão presentes pessoas da sua confiança.



Posto isto, considera-se que A. entrou aqui numa fase de estagnação. Tendo em consideração a idade da criança, a terapeuta sugeriu aos pais, como forma de complementar e ajudar o processo terapêutico, recorrer a medicação que ajude A. a lidar com a ansiedade ainda visível em contextos que já são muito estruturados na sua vida, nomeadamente a escola. Nesta altura a introdução de medicação pode ser uma forma de acelerar o processo e conseguir que a criança comece a falar noutros contextos (Manassis & Tannock, 2008).

Tabela 7

*Objetivos, estratégias terapêuticas e resultados obtidos*

<b>Fase Final (35-47)</b>		
Objetivos	Estratégias terapêuticas	Resultados/progressos obtidos
Alargar a outros contextos (e.g., escola); Promover a exposição.	<i>Role-plays</i> ; Jogos lúdicos; Exposição a situações reais; Tempo limite para realização; Dar autocontrolo à criança; Feedback e elogios; Recompensas.	Faz pedidos em contextos reais.

A evolução, assim como os progressos e aquisições alcançados ao longo de todo o processo terapêutico são observáveis (Tabela 8) e resultaram de um grande trabalho de equipa, direcionado a A. Não é mais a menina tensa e sem reação que chegou inicialmente, é agora uma criança descontraída, capaz de responder a questões e de colaborar numa série de tarefas.

Tabela 8

*Principais progressos de A.*

<b>Sessões</b>					
1	(...)	5	(...)	7	8
Não verbaliza, não acena; Postura rígida e tensa;	Fica sozinha na sala de consulta.			Acena para sim/não; 1ª Verbalização: “a”.	Diz várias palavras; Lê em voz alta.

Mãe na sala de consulta.						
13		14	(...)	17	(...)	19
Resposta sim/não verbal.	Diz frases simples.		Fala fora da sala de consulta.		Falar com pessoas fora da sala de consulta; Dizer “olá” e “adeus”.	
22	(...)	25	(...)	28	(...)	30/31
Fala para a mãe na presença da terapeuta.	Lê em voz alta sem dificuldade.		Constrói frases a partir de palavras aleatórias.		Conta situações; Inventa histórias e faz perguntas.	
36	(...)	40	(...)	43	(...)	46
Interpreta <i>role plays</i> de situações na escola.	Faz primeiro pedido numa situação real.		Faz dois pedidos no café sozinha.		Realiza mais do que um pedido, em locais diferentes.	

### Discussão

Este estudo teve como principal objetivo compreender mais detalhadamente o que é o MS e as suas implicações na vida de uma criança. Além disso, pretendia perceber quais são as melhores estratégias terapêuticas a utilizar nestes casos e quais revelaram ter sucesso. Quanto aos objetivos terapêuticos, foram cumpridos com sucesso: 1) Psicoeducação com os pais e professores, sobre o processo de gênese, desenvolvimento e manutenção do MS, 2) Aumento da comunicação verbal e 3) Diminuição do nível de ansiedade perante situações sociais. No entanto ainda há muito trabalho ao nível do funcionamento social/académico, e também nos comportamentos de evitamento da criança, face a determinadas situações sociais.

Ao longo do tempo não foi ainda encontrada uma causa/explicação única para o MS (Cohan et al., 2006, citado por Viana et al., 2009), ainda menos um consenso quanto ao tratamento que funcione com sucesso e de igual modo com todas as crianças (Krysanski, 2003). Considerando a história e a manutenção do problema em A., o presente estudo recorreu à TCC, que como já demonstrado em estudos anteriores, parece produzir bons resultados em perturbações de ansiedade e melhorias nesta problemática (Chorpita et al.,

2004; Christon et al., 2012; Reuther et al., 2011). O MS em A. tem sido ao longo dos anos baseado num reforço dos padrões de aprendizagem que foi adquirindo, usando o silêncio como forma de diminuir a ansiedade de falar em situações sociais específicas, tal como refere Krysanski (2003). Neste caso a TCC adaptada, utilizando como estratégias o reforço e o relaxamento, aliada a uma terapia lúdica com recurso ao jogo, proporcionou bons resultados na evolução de A. Isto é concordante com a ideia de que uma intervenção individualizada a cada caso é a melhor opção de tratamento (Krysanski, 2003), e ainda que o recurso ao jogo pode surtir bons resultados em casos de mutismo (Bergman, 2013; Leben, 2009). Recorrer ao jogo – *play therapy*, é efetivamente das melhores formas de conseguir comunicar com a criança, ficando mais descontraída na terapia e também uma forma de ela própria aumentar a sua confiança para falar (Menchón & Manera, 2017).

A maior mudança visível em A. foi claramente ao nível do seu comportamento. Inicialmente muito tensa, sem expressão facial e contacto ocular, para uma menina muito sorridente, ativa nas sessões, descontraída na realização dos jogos e já capaz de responder verbalmente. Ao longo do processo terapêutico as estratégias que se revelaram mais eficazes foram: utilização do jogo, do mais simples ao mais complexo, para desta forma ir ganhando alguma confiança e ser capaz de ultrapassar barreiras que apresenta quanto ao falar; um outro motivo da importância do jogo é retirar o foco da criança ter de falar, passando sim para a sua participação; colocar música para criar um ambiente mais descontraído, e para aumentar o volume da voz; dar um tempo-limite para a realização da tarefa o que conferia algum controlo a A., ajudando-a no seu desempenho; recomeçar a atividade algumas vezes até A. “desbloquear” e conseguir realizar; o relaxamento que diminuía os seus sintomas de ansiedade; reestruturação cognitiva, mostrar a A. que falar é algo bom e nos permite comunicar com os outros; *role-plays* com objetivo de compreender alguns comportamentos a realizar na escola; feedback e elogios para reforçar comportamentos importantes a serem repetidos; trabalho em equipa, contexto real de relacionamento interpessoal; e finalmente, o sistema de recompensas, que serviam como reforços de comportamentos realizados com sucesso e que eram facultados no *timing* certo.

A novidade deste estudo consistiu numa terapia completamente adaptada e pensada para a criança, criando um ambiente interativo com recurso a jogos, estando presentes três terapeutas, com o objetivo de simular uma situação social real. Este último fator revelou-se de extrema importância no processo terapêutico, pois foi uma forma de confrontar a criança a situações sociais que podem acontecer, ao mesmo tempo que é trabalhada com ela formas de gerir a ansiedade, criando um ambiente onde se confortável. Além disto procurou-se alargar

os ganhos terapêuticos a outros contextos, e por este motivo as consultas não se cingiam apenas à sala de sessão, mas também a outros locais (e.g., idas ao café).

Por fim é importante realçar que a intervenção até ao momento obteve bons resultados, sendo notáveis os progressos de A. No entanto a escola continua a ser um contexto problemático, onde A. efetivamente não consegue verbalizar com nenhum dos professores devido à ansiedade que continua a sentir. Posto isto, e dada a idade da criança, é colocada a hipótese de A. iniciar um tratamento farmacológico como complemento à TCC. Assim é de salientar que o processo terapêutico não se deu ainda como finalizado, continuando em curso, pois existem ainda barreiras e contextos a superar.

### **Aspetos e Obstáculos Associados ao Diagnóstico**

Considerado este caso uma situação grave de MS, devido também à idade com que a criança iniciou a intervenção, a terapia revelou-se bastante extensa, com resultados visíveis mas talvez aquém do que seria esperado. Como já referido anteriormente quanto mais cedo a intervenção, melhores resultados apresenta (Oerbeck et al., 2014), o que poderia ter sido um fator relevante no desenvolvimento e sucesso deste caso.

Os principais obstáculos encontrados no tratamento foram a resistência que A. apresentava para verbalizar e o tempo que levou até conseguir as primeiras verbalizações, e mesmo ao longo das sessões o tempo por vezes demorado até conseguir iniciar uma atividade. Além disto, por ser uma terapia multidisciplinar, era por vezes difícil coordenar todos os técnicos envolvidos no processo terapêutico (e.g., professoras da escola), complicando o trabalho interdisciplinar pretendido.

### **Sugestões para Intervenções e Estudos Futuros**

O MS é uma perturbação complexa, bastante resistente à terapia, em que se deve ter em atenção todos os fatores situacionais, contextuais, e características individuais da criança, para que possa haver sucesso no tratamento. Posto isto, relativamente a estudos futuros, neste caso talvez seja importante ponderar uma outra ajuda – tratamento farmacológico. Estas sugestões são baseadas nas observações realizadas no processo terapêutico e considerando a idade da criança à altura.

A terapia em equipa relevou ter bastantes benefícios na intervenção, permitindo criar e simular uma série de situações sociais que podem acontecer no quotidiano na criança. Por este motivo, a inclusão de mais pessoas em terapia pode ser uma mais-valia em casos de MS.

Por último, dado o papel que a família mais próxima desempenha no desenvolvimento de uma criança, em casos de MS podia ser interessante uma colaboração mais ativa, que

permita à criança praticar as suas capacidades sociais e a habituação a situações de ansiedade em outros contextos.

## Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K, Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 9-15. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.10.001
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. (2<sup>a</sup>ed.). New York: The Guilford Press.
- Bergman, R. L. (2013). *Treatment for children with selective mutism: an integrative behavioral approach*. New York: Oxford University Press.
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. L. (2013). Integrated behavior therapy for selective mutism: A randomized controlled pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 680-689. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.003
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472. doi: 10.1097/chi.0b013e318149366a
- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 35, 263-287. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80039-X
- Christon, L. M., Robinson, E.M., Arnold, C.C., Lund, H. G., Vrana, S. R., & Southam-Gerow, M. A. (2012). Modular cognitive-behavioral treatment of an adolescent female with selective mutism and social phobia: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(6), 474-491. doi: 10.1177/1534650112463956
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x

- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly, 13*(3), 192-227. doi: 10.1037/h0088982
- Howard, A. P. (2013). Treatment for children with selective mutism: An integrative behavioral approach, by R. L. Bergman. *Child & Family Behavior Therapy, 35*(4), 337-341. 9. doi: 10.1080/07317107.2013.846733
- Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S., & Bray, M. A. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology, 36*, 247-260. doi: 10.1016/S0022-4405(98)00013-2
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology, 137*(1), 29. doi: 10.1080/00223980309600597
- Leben, N. (2009). Selective mutism: A case study of a 10 year old korean boy and applicable play therapy techniques. Disponível em [http://www.playtherapygames.com/HTML/SelectiveMutism\\_NormaLeben.pdf](http://www.playtherapygames.com/HTML/SelectiveMutism_NormaLeben.pdf).
- Lewis, J. (2016). Parent Training for the Treatment of Selective Mutism. *Journal of Psychology research, 1*, 27-30.
- Louden, D. M. (1987). Elective mutism: A case study of a disorder of childhood. *Journal of the National Medical Association, 79*(10), 1043-1048.
- Manassis, K., & Tannock, R. (2008). Comparing interventions for selective mutism: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(10), 700-703. doi: 10.1177/070674370805301010
- Menchón, M. R., & Manera, J. J. S. (2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4*(1), 51-57.
- Mitchell, A. D., & Kratochwill, T. R. (2013). Treatment of selective mutism: Applications in the clinic and school through conjoint consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 23*(1), 36-62. doi: 10.1080/10474412.2013.757151
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 151-169. doi: 10.1007/s10567-015-0181-y
- Muris, P., Hendriks, E., & Bot, S. (2016). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3- to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development, 47*, 94-101. doi: 10.1007/s10578-015-0547-

- Oerbeck, B., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2015). Selective mutism: Follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 757-766. doi: 10.1007/s00787-014-0620-1
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langrudsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and schoolbased intervention for selective mutism—defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 192-198. doi: 10.1111/camh.12045
- Reuther, E. T., Davis, T. E., Moree, B. N., & Matson, J. L. (2011). Treating selective mutism using modular CBT for child anxiety: A case study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(1), 156-163. doi: 10.1080/15374416.2011.533415
- Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review, 29*, 57-67. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.009
- Yin, R. K. (2001). Estudo de caso: Planejamento e métodos (D. Grassi, Trad.). (2ªed.). Porto Alegre : Bookman.
- Zelenko, M., & Shaw, R. (2000). Case study: Selective mutism in an immigrant child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 5*(4), 555-562. doi: 10.1177/1359104500005004009