

ESTUDO DE CASO: INFLUÊNCIA DA MORAL RELIGIOSA NA AUTO-ESTIMA

CARRENHO, Fátima Aparecida Fachini

Discente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FASU/ACEG –
GARÇA/SP – BRASIL
e-mail: aledna@terra.com.br

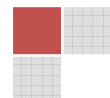
BERVIQUE, Profa. Dra. Janete de Aguirre

Docente do Curso de Psicologia FASU / ACEG - Garça-SP – Brasil
e-mail: jaguirreb@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi desenvolvido a partir dos atendimentos psicoterápicos, realizados por mim, na qualidade de estagiária de Psicologia, ao cliente J. A. R., sob a Supervisão da Profa. Dra. Janete de Aguirre Bervique (Professora, Supervisora do Estágio Supervisionado em Atendimento Clínico em Gestalt-terapia I e II), na Clínica-Escola de Psicologia e de Pesquisa Aplicada (C.E.P.P.A.), da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça (FASU/ACEG), no ano letivo de 2007.

No nosso primeiro encontro psicoterapêutico, o cliente relatou que não gostava dos métodos preconizados pela Gestalt-terapia, afirmando que não queria se submeter a eles durante o processo psicoterápico, pois, para ele, pareciam “coisas para crianças e não geravam resultados”. Disse, ainda, que não havia conseguido falar isso para o estagiário, da mesma abordagem, que o atendeu no ano anterior (2006), mas queria que eu soubesse disso, desde o início. Foi, exatamente, a resistência aos métodos da Gestalt-terapia que me estimulou a escolha desse cliente para o estudo de caso em questão. O desafio de usar a criatividade para poder aplicar os princípios da Gestalt-terapia, sem que o cliente se sentisse contrariado em seu desejo, pareceu-me algo muito enriquecedor ao meu desenvolvimento profissional. Além disso, minha convicção de que a Gestalt-terapia pode, realmente, auxiliar esse cliente a reestruturar o seu ser-estar-no-

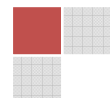


mundo e, conseqüentemente, ajudá-lo a ter uma existência mais plena e saudável, sustentou essa minha escolha.

A Gestalt-terapia, criada por Frederick S. Perls, preconiza que é mais importante examinar a situação da pessoa no presente do que realizar uma investigação de causas passadas; a consciência do “como” e “para que” a pessoa se comporta de determinada maneira, a cada momento, é essencial para a autocompreensão e para a capacidade para a mudança, mais do que uma compreensão do porquê de um determinado comportamento. É uma abordagem que faz do diálogo entre duas pessoas a dimensão básica do processo de ampliação de consciência, que leva o parceiro terapêutico a descobrir alternativas para o seu equilíbrio organísmico. Com base nesses pressupostos, pude desenvolver, em conjunto com o cliente, um bom trabalho psicoterapêutico.

Assim, durante o desenvolvimento do processo psicoterapêutico, verifiquei que o meu parceiro terapêutico apresentava uma educação muito rígida, alicerçada em princípios religiosos severos, que o impediam de externalizar, de forma natural, seus desejos e emoções. O trabalho consistiu em auxiliar o parceiro terapêutico na conscientização dessas “amarras” morais/religiosas, que estavam na base de sua neurose e que prejudicavam o seu autoconhecimento e o desenvolvimento de sua auto-estima. Para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, faz-se necessário o entendimento dos conceitos: mecanismos neuróticos, auto-estima e moral religiosa, descritos a seguir.

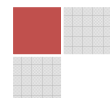
Segundo Bervique (1990), os mecanismos neuróticos são perturbações que ocorrem na fronteira de contato do indivíduo, e aparecem sempre que o contato consigo mesmo e/ou com o meio se torne perturbado; se originam da incapacidade da pessoa de encontrar e manter o equilíbrio preciso entre si e o resto do mundo. Assim, a neurose se presta, originalmente, para a autodefesa do indivíduo. São observados cinco tipos de mecanismos neuróticos: introjeção, projeção, retroflexão, deflexão e confluência.



A introjeção é a primeira forma de interação e aprendizado do indivíduo e por meio dela ele fixa em si regras, atitudes, formas de agir e de pensar que não são, verdadeiramente, seus. O indivíduo que está preso à introjeção fica impedido de fazer suas próprias escolhas. Na projeção o indivíduo tem a tendência de responsabilizar o meio por aquilo que tem origem em si próprio. A retroflexão pode ser entendida como a tendência do indivíduo infligir a si mesmo o que gostaria de infligir aos outros. A deflexão é um mecanismo usado pelo indivíduo para evitar o contato direto com o outro, enfraquecer o contato atual e se esquivar de um compromisso (prolixidade, circunlóquios etc.). Na confluência o indivíduo não percebe limites entre si mesmo e o meio (BERVIQUE, 1990).

A mesma autora acrescenta que, em relação a esses mecanismos, o processo psicoterapêutico desenvolvido dentro da Gestalt-terapia consiste em retificar as falsas identificações, em restabelecer a capacidade do neurótico de discriminar, de se auto-descobrir, possibilitando, dessa forma, que o mesmo encontre o limite adequado entre ele e o mundo. No estudo de caso em questão, observei que a introjeção era o mecanismo-base da neurose do parceiro terapêutico.

No que tange à auto-estima, ela pode ser entendida como uma avaliação pessoal que um indivíduo faz de si mesmo, o senso de seu próprio valor ou competência, ou seja, a consciência de si mesmo. Uma auto-estima excessivamente baixa é considerada como indicador de um provável distúrbio psicológico. Dessa forma, a auto-estima envolve tanto crenças auto-significantes (por exemplo, "sou competente/incompetente") e emoções auto-significantes associadas (por exemplo, orgulho/vergonha) como, também, encontra expressão no comportamento (por exemplo, confiança/cautela). Em acréscimo, a auto-estima pode ser construída como uma característica permanente de personalidade – traço de auto-estima – ou como uma condição psicológica temporária – estado de auto-estima (WIKIPEDIA, s.d.).

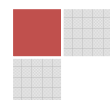


Segundo Ballone (2003), há alguns estados emocionais ou características de personalidade nos quais a auto-estima está prejudicada. No primeiro caso, a pessoa está passando por um momento no qual, por diversas razões emocionais, sua auto-estima encontra-se depreciativa, e, no segundo caso, a pessoa tem um traço incômodo de personalidade, que proporciona uma constante maneira de se auto-depreciar.

Apesar de cada pessoa apresentar características próprias, devido à sua unicidade enquanto ser humano, existem algumas características que, freqüentemente, são encontradas em pessoas com baixa auto-estima: insegurança, inadequação, perfeccionismo, dúvidas constantes, sentimento vago de não ser capaz de realizar algo, necessidade constante de agradar, ser aceito e reconhecido pelo outro etc..

A auto-estima começa a se formar na infância, a partir da forma como somos tratados e vistos pelo outro; assim, as experiências do passado exercem influência significativa na auto-estima quando adultos. Pode se perder a auto-estima quando se passa por muitas decepções, frustrações, em situações de perda, ou quando não se é reconhecido por nada de que se faz. O que abala a auto-estima do indivíduo não é só a falta de reconhecimento por parte de alguém, mas, principalmente, a falta de reconhecimento por si próprio.

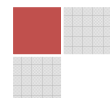
Segundo Antony e Ribeiro (2005), a Gestalt-Terapia (GT), por ser uma abordagem fenomenológico-existencial, fundamentada em teorias de base sistêmico-holísticas, que propiciam uma visão dinâmica e multidimensional do ser inserida nesse campo filosófico, compreende, ontologicamente, a pessoa como um ser-no-mundo, que vive a sua existência para o outro e com o outro. Esta existência, em um mundo compartilhado, anuncia a intersubjetividade como condição criadora do sujeito, cuja existência revela a busca permanente da constituição de sua essência. A experiência vivida e observada como fenômeno que se revela a uma consciência estrutura a realidade do sujeito.



Assim, a partir do contato com o outro, da forma como sou visto por ele, eu vou estruturando minha auto-imagem, minha auto-identidade e desenvolvendo minha auto-estima; e, ao mesmo tempo, influencio, também, na autopercepção do outro.

Os autores referidos acrescentam que a GT pretende compreender o funcionamento psicológico da pessoa, a partir das trocas emocionais que ocorrem no "entre", na fronteira de contato, que propiciam a vivência das experiências subjetivas. Por essa perspectiva, a baixa auto-estima relaciona-se a bloqueios do contato originados por mecanismos psicológicos com funções defensivas (mecanismos neuróticos), que visam a inibir a consciência de sentimentos, pensamentos, comportamentos que geram ansiedade e colocam em risco a relação com o outro significativo. Formam dinâmicas intra e inter-relacionais, com padrões de comportamentos que levam o indivíduo a manter, no presente, gestalten inacabadas do passado, se impedindo de realizar um contato saudável.

A baixa auto-estima, então, pode ser vista como resultante de um "encasulamento protetor" do ser humano, que, ao gerar um enrijecimento de sua fronteira de contato, impossibilita a expansão desta para além das crenças distorcidas a respeito de si mesmo e compreendidas por ele como verdades absolutas. No entanto, essa "proteção" é, na realidade, uma força motriz de dor e sofrimento emocional; entendo que quando não compreendemos e não nos conscientizamos dos nossos valores, daquilo que temos de positivo, assim, como do que temos de negativo, perdemos possibilidades de mudanças efetivas para uma realização plena do nosso ser-e-estar-no-mundo. O que dá ao homem sentido é a capacidade de movimentar-se e expressar-se, indo além do seu sistema de crenças, se lançando ao mundo, se relacionando, acertando e/ou errando, mas vivendo sua existência, dinamicamente, na busca de seu bem-estar. Para tanto, é imprescindível a busca do autoconhecimento e de uma plena auto-aceitação.

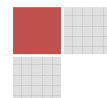


Essas crenças errôneas a respeito de nós mesmos, e que prejudicam nossa auto-estima, são oriundas do contato com o outro e, de maneira geral, se estruturam sobre os valores contidos na nossa cultura que, por sua vez, estabelecem o sistema de normas e regras vigentes em nossa sociedade, que refletem na nossa formação educacional e estrutural.

Segundo Chauí (2000), moral pode ser definida como sendo um conjunto de valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válido para todos os membros de um determinado grupo de pessoas. Esses valores são instituídos pela cultura e pela sociedade à qual pertence este grupo. A autora acrescenta que culturas e sociedades fortemente hierarquizadas e com diferenças muito profundas de castas ou de classes podem, até mesmo, possuir várias morais, cada uma delas referida aos valores de uma casta ou de uma classe social.

Chauí (op.cit.) afirma que nossos sentimentos, nossas condutas, nossas ações e nossos comportamentos são modelados pelas condições em que vivemos (família, classe e grupo social, escola, religião, trabalho, circunstâncias políticas etc.); e, portanto, somos formados pelos costumes de nossa sociedade, que nos educa para respeitarmos e reproduzirmos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres. Isso leva o indivíduo a acreditar que estes valores existem por si mesmos e em si mesmos, que são naturais e intemporais, e que devem, sem questionamentos, ser seguidos – somos recompensados quando os seguimos e punidos quando os transgredimos.

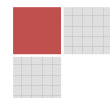
Neste sentido, a autora acrescenta que filósofos da Antigüidade (Sócrates, Aristóteles e outros) enfatizavam que o ser humano apresenta uma faculdade racional (consciência) capaz de dominar e controlar a desmesura passional de nossos apetites e desejos, havendo, portanto, uma força interior (a vontade consciente) que nos torna morais. Entretanto, com o advento do Cristianismo, foi desenvolvido o pensamento de que somos dotados de livre-arbítrio, e que o primeiro impulso de nossa liberdade se dirige para o mal e para o pecado; ou seja,



para a transgressão das leis divinas – somos seres fracos, pecadores, divididos entre o bem (obediência a Deus) e o mal (submissão à tentação demoníaca). Portanto, para o Cristianismo, a própria vontade está pervertida pelo pecado e precisamos do auxílio divino para nos tornarmos morais – o Cristianismo considera que o ser humano é, em si mesmo e por si mesmo, incapaz de realizar o bem e as virtudes. Esta concepção introduziu uma nova idéia na moral: a idéia do dever.

Por essa óptica, cabe aos humanos reconhecer a vontade e a lei de Deus (conhecidas por meio da revelação aos profetas – Antigo Testamento – e de Jesus, o Cristo – Novo Testamento), e cumpri-las, obrigatoriamente, pelos atos de dever que tornam morais um sentimento, uma intenção, uma conduta ou uma ação. Assim, observa-se que, até o Cristianismo, a Filosofia Moral localizava a conduta ética nas ações e nas atitudes visíveis do agente moral, ainda que tivessem como pressuposto algo que se realizava no interior do agente (vontade racional ou consciente); e com o advento do Cristianismo, porém, por ser uma religião da interioridade, afirmando que a vontade e a lei divinas não estão escritas nas pedras nem nos pergaminhos, mas inscritas no coração dos seres humanos, se passou a considerar como submetido ao julgamento ético tudo quanto acontece em nosso interior. Dessa forma, o dever não se refere, apenas, às ações visíveis, mas, também, às intenções invisíveis, que passam a ser julgadas eticamente. É por isso que um cristão, quando se confessa, se obriga a confessar pecados cometidos por atos, palavras e intenções. Sua alma, invisível, tem o testemunho do olhar de Deus, que a julga e a castiga (CHAUÍ, op. cit.).

Chauí (op.cit.) esclarece que o Cristianismo introduziu a idéia do dever para resolver um problema ético, qual seja, oferecer um caminho seguro para nossa vontade, que, sendo livre, mas fraca, se sente dividida entre o bem e o mal. No entanto, acrescenta a autora, o ser humano é histórico e cultural e, por isso, possui uma vontade individual subjetiva e uma outra vontade, mais poderosa, que determina a nossa: a vontade objetiva, inscrita nas instituições ou na Cultura. Essa



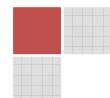
vontade objetiva – impessoal, coletiva, social, pública – cria a moralidade e as instituições (família, religião, artes, técnicas, ciências, relações de trabalho, organização política etc.) para servirem de sistema regulador da vida coletiva, por meio de “mores” (costumes e valores de uma sociedade, numa dada época).

Dessa forma, a vida ética é o acordo e a harmonia entre a vontade subjetiva individual e a vontade objetiva cultural, e realiza-se pela interiorização da Cultura, de tal maneira que os indivíduos praticam, espontânea e livremente, seus costumes e valores, sem neles pensar, sem os discutir, sem deles duvidar, porque são como se a própria vontade os desejasse. E, assim, então, o dever é o acordo pleno entre a vontade subjetiva individual do sujeito e a totalidade ética ou moralidade (Id., *ibid.*).

Diante do exposto, a autora afirma que, quando uma sociedade reprime os desejos inconscientes dos indivíduos, de tal modo que estes não possam encontrar meios imaginários e simbólicos de expressão, ela prepara o caminho para duas alternativas, igualmente distantes da Ética: ou a transgressão violenta de seus valores pelos sujeitos reprimidos, ou a resignação passiva de uma coletividade neurótica, que confunde neurose e moralidade.

Por esse prisma, Chauí (1984) afirma que a repressão sexual exercida pela moral cristã, no decorrer dos séculos, promoveu uma associação da sexualidade a sentimentos e pensamentos ligados ao que é sujo, anormal e pecaminoso. Tal processo gera um desequilíbrio emocional nas pessoas em relação aos próprios desejos, instintos e relação com o corpo. A visão do sexo como forma de reprodução foi, historicamente, instaurada pela moral religiosa que repudia os prazeres da carne, já que estes desviam a alma de Deus. Justamente, por produzir prazeres dissociados da reprodução, a atividade sexual foi regrada. Sexo só seria um ato de amor se resultasse em reprodução; se a sua função fosse outra deveria ser considerado luxúria e, portanto, deveria ser evitado.

Chauí (1984) esclarece que o amor, primeiramente, foi fragmentado em espiritual e carnal, em que o segundo desviava os objetos puros do primeiro, para



depois se estabelecer uma relação de hierarquia, na qual o espiritual era o mais perfeito e, finalmente, se estabeleceu uma relação em que o amor carnal é uma expressão do espiritual. Rodrigues (2003), complementando essa posição de Chauí, afirma que isto explica o fato de nos países, majoritariamente, cristãos o sexo, ainda, ser visto pelos mais radicais como expressão de um amor espiritual, abençoado somente para fins reprodutivos; acrescenta que deixar de reprimir e controlar o corpo, a sexualidade e a existência a partir de um papel moral culturalmente estabelecido, indica uma busca de saúde psicológica, um momento de ampliação da consciência e uma evolução crítica humana. Ressalta, ainda, que “fazê-lo sem perder a identidade religiosa, mas, ao contrário, atribuindo-lhe novos significados, ilustra um processo de metamorfose” (RODRIGUES, 2003, p. 45).

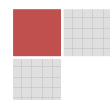
Alicerçada nos pressupostos aqui descritos, nos conteúdos emergidos durante os encontros psicoterápicos e nos direcionamentos dados pela Supervisora durante os encontros de supervisão, elaborei este Estudo de Caso, em conformidade com o roteiro fornecido pela mesma.

2. ESTUDO DE CASO

Queixas

As queixas, abaixo citadas, foram apreendidas via prontuário do parceiro terapêutico, posto que o mesmo se encontrava em processo psicoterápico desde o ano anterior (2006), sendo, na época, atendido por outro estagiário de Psicologia, que se graduou no final do mesmo ano. No entanto, ao começar a atendê-lo, no início de 2007, verifiquei a confirmação das mesmas. Dessa forma, o parceiro terapêutico apresenta como queixas principais: humor deprimido e baixa auto-estima; e, como queixas secundárias: timidez; dificuldade de socialização, principalmente com pessoas do sexo oposto; ansiedade.

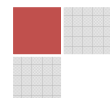
Dados pessoais do cliente



J. A. R. tem 29 anos, cor branca, nascido e criado numa cidade do interior de São Paulo, é formado em Administração de Empresas e possui nível sócio-econômico baixo. Está casado há 8 anos com A. P. que tem 25 anos, estudou até a 8ª série do ensino fundamental e não trabalha fora (do lar); no início dos atendimentos (fevereiro de 2007) ela estava grávida do segundo filho, cujo nascimento ocorreu no final de maio. Assim, o parceiro terapêutico, é pai de dois filhos: S., um garoto de 5 anos de idade que cursa o jardim da infância, e a A., que está com 6 meses.

No início do processo psicoterápico, sua família nuclear era composta por três pessoas (ele, a esposa e o filho); entretanto, com o nascimento da filha (em maio) e com a vinda de uma cunhada (irmã da esposa) para morar com eles (início de julho), hoje, sua família nuclear foi ampliada de três para cinco pessoas. O sujeito relatou que seu filho tem apresentado problemas de comportamento (mexe em tudo, sobe em cima dos móveis, não fica quieto nos lugares públicos e nem na casa de outras pessoas etc.), e está muito desobediente, não seguindo as regras impostas por ele e a esposa. Relatou, ainda, que esse comportamento piorou após o nascimento de sua filha e que ele acha que o filho está com ciúmes da irmã, pois, procura agredi-la sempre que tem uma oportunidade (morder, beliscar etc.). Em relação à esposa o sujeito afirmou que a mesma apresenta um temperamento muito “explosivo” (perde, facilmente, a paciência e grita muito). No que se refere à cunhada (irmã de sua esposa), o sujeito relatou que a mesma não tem muita higiene pessoal (não escova os dentes, não depila as pernas, não cuida dos cabelos etc.); ele acredita que isso se deve ao fato de a mesma apresentar um “problema mental”, que ele pensa ser um leve retardo mental. Apesar desses detalhes, que o incomodam um pouco, o sujeito considera que há um bom relacionamento interpessoal em sua família nuclear.

Referindo-se à sua família de origem, na qual é o filho caçula, o parceiro terapêutico relatou que seu pai é uma pessoa extrovertida e alegre. Em relação à sua mãe, o cliente relatou que esta sempre foi depressiva, não gosta de se



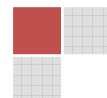
socializar e não foi uma mãe muito carinhosa. Tem sete irmãos, sendo seis homens e uma mulher, todos vivos; relatou ter um bom relacionamento com eles, entretanto, apresenta uma ligação afetiva mais forte com um dos irmãos (A., que ocupa o quarto lugar na constelação familiar).

O parceiro terapêutico relatou ter tido um desenvolvimento (físico, emocional, cognitivo etc.) dentro dos padrões considerados naturais. Ao ser questionado sobre seus hábitos e vícios, o sujeito relatou que tem o hábito de orar pela manhã (logo após acordar) e tocar um instrumento musical (clarinete e flauta doce), ou ouvir música (evangélica), no decorrer do dia; e com relação aos vícios, afirmou que tem como vício nocivo roer as unhas (onicofagia), que, na verdade, é um hábito nervoso.

O sujeito comparece aos encontros psicoterápicos com roupas limpas, os cabelos sempre bem cuidados, curtos e modelados com gel, com a barba feita, dentes, aparentemente, bem cuidados, as unhas aparadas e limpas, aparentando ter boas condições de higiene e um bom asseio corporal.

No que se refere à sua história escolar, o parceiro terapêutico relatou ter tido dificuldades de concentração, em matemática, até a sétima série do primeiro grau, quando ficou para recuperação e quase perdeu o ano; após esse “susto”, ele passou a prestar mais atenção nas aulas e não teve mais problemas. Após o término do ensino médio, foi trabalhar e teve que parar os estudos, entretanto, manteve o sonho de cursar uma faculdade. Desejava fazer Medicina, mas esse desejo, segundo ele, estava muito distante de sua realidade, então, fez um curso técnico de Enfermagem, mas não se encontrou dentro desta profissão e, pelo fato de gostar de lidar com finanças, assim que teve oportunidade, foi cursar Administração de Empresas. Cursou uma faculdade particular e para mantê-la, financeiramente, participou do Programa Escola da Família, graduando-se no ano de 2006.

Quando questionado sobre suas amizades, diversões e lazer, o sujeito relatou que não pratica atividades relacionadas a lazer e diversões fora de casa;



alega não ter condições financeiras para isso, além de preferir ter uma vida mais reclusa. Em casa ele se diverte assistindo televisão (gosta de ver noticiários e filmes), ouvindo CDs de músicas evangélicas e tocando instrumentos musicais (clarinete e flauta doce). Gosta, também, de ler, preferencialmente, livros sobre finanças e a Bíblia. Em relação às amizades, relata que seus únicos amigos são sua esposa e o seu irmão A..

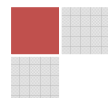
O cliente não estava trabalhando há algum tempo, pois, foi vítima de um acidente automobilístico que deixou seqüelas irreversíveis (perna esquerda atrofiada e com perda da sensibilidade), impedindo-o de atuar na sua antiga profissão (gesso de parede); sua renda familiar concentra-se nos benefícios recebidos do INSS.

Diagnóstico/Hipótese diagnóstica

Resumo da situação

Foram realizados, com o cliente, 23 encontros no decorrer do processo psicoterápico. Nesses encontros, o sujeito relatou estar ansioso; sentir-se mal por não estar trabalhando (se julgava inferior) e apresentou intensa preocupação com os comentários alheios que poderiam surgir sobre ele e essa situação, especificamente; ter dificuldades para sorrir, para chorar, para socializar-se, principalmente, com mulheres. Quando questionado como é essa dificuldade de relacionar-se com mulheres, o sujeito relatou ter medo do que ele poderia sentir, em termos de atração sexual, em relação a elas; temia pensar e agir de forma pecaminosa.

Relatou, ainda, que sua vida estava uma rotina “sem graça”, inclusive sua relação conjugal. Apresentou muita preocupação em relação à educação do filho; fez vários questionamentos sobre como agir em relação a ele, inclusive com relação à educação sexual do mesmo.



Nos primeiros encontros, apresentava um comportamento de morder os lábios e, ao ser questionado para que emitia tal comportamento, ele relatou que era para aliviar a tensão que sentia por estar diante de uma mulher, no caso eu.

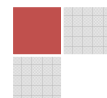
Trouxe à tona questões familiares, relatando que sua mãe sempre foi depressiva e pouco carinhosa com os filhos. Acrescentou que ela sempre demonstrou uma preferência afetiva por um dos filhos e que isso o incomodava muito; ainda, que tinha um certo ressentimento por esse irmão, devido à preferência de sua mãe pelo mesmo. Teceu, também, alguns comentários sobre o “temperamento explosivo” de sua esposa.

Diante destas evidências, expostas aqui de forma sintetizada, é possível afirmar que o cliente apresentava, no início da psicoterapia, uma estrutura neurótica, conferindo-lhe uma baixa auto-estima, que ao direcionarem sua conduta existencial, gerava muito sofrimento emocional. Apresentava uma forte repressão sexual e a timidez alegada em relação às mulheres era uma forma encontrada para se proteger de uma possível expressão de sua sexualidade reprimida. Esses problemas foram se evidenciando durante os sucessivos encontros e trabalhados, a contento, à medida que emergiam no contexto psicoterápico.

Exposição do problema

A impossibilidade física de exercer sua antiga profissão (gesso de parede), após o acidente, e viver do auxílio pago pelo INSS eram vistos pelo cliente, no início do processo psicoterapêutico, como o maior gerador de seus problemas emocionais.

Entretanto, diante das constatações obtidas via processo psicoterápico, suas queixas pareceram estar, também, ligadas a uma rígida educação, dentro de preceitos religiosos cristalizados e severos, que conferem aos prazeres da vida um significado de pecado e estruturaram sua conduta de fechar-se para as emoções, tanto nos relacionamentos sociais quanto no conjugal, além de



despertarem uma preocupação, neurótica, com relação à opinião alheia sobre sua vida particular (fruto de sua baixa auto-estima).

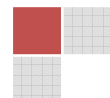
Evidenciou uma rígida repressão sexual (ligada à educação religiosa) e buscava controlar seus desejos (sexuais), fugindo de situações nas quais ele achava que poderia estar vulnerável a expressá-los e entende esse comportamento como sendo “timidez” em relação às mulheres. O fato de sua mãe ter sido sempre depressiva, pouco carinhosa e ter “preferência” por um dos filhos (que não é o sujeito), parece ter colaborado para sua baixa auto-estima e dificuldade de relacionar-se com outros.

Terapêutica proposta: descrição

Foram trabalhadas, no decorrer dos encontros psicoterápicos, as dificuldades de socialização do sujeito, por meio do método de Feedback, visando a ajudá-lo a ampliar os limites de sua fronteira de contato.

Em relação à sua dificuldade de relacionar-se com pessoas do sexo oposto, o fato de estar sendo atendido psicoterapeuticamente por uma mulher, já faz parte da estratégia psicoterápica. Foi trabalhada nos encontros (por meio de Feedback), a conscientização do sujeito de que admirar a beleza e sentir desejo por uma mulher atraente não significava que ele estivesse cometendo um pecado e nem que iria trair sua esposa (esses são os medos relatados pelo cliente diante destas situações, e que o levam a fugir, evitando, até mesmo, um simples olhar); foi passada, também, como “tarefa” de auto-ajuda, uma aproximação social com mulheres, para que ele pudesse se conscientizar de que seus medos são irrealis; ou seja, que é possível conviver e admirar a beleza do sexo oposto, sem que haja um envolvimento sexual e a consumação de uma traição.

No que se refere à sua dificuldade de não chorar diante de eventos que, naturalmente, propiciam o choro, foi realizado um trabalho para levar o sujeito a conscientização de que as pessoas, por serem diferentes umas das outras, também, se expressam emocionalmente, de diferentes formas. Assim, o fato de



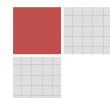
não chorar não significa que não está sentindo a tristeza e nem que não a está expressando. Este trabalho consistiu em fazer com que o parceiro terapêutico presentificasse uma situação dolorosa vivenciada há poucos meses (perda do sobrinho) e percebesse as emoções que estavam sendo despertadas no momento, e as formas de expressão das mesmas que ele estava utilizando: ele expôs que sentia muita tristeza e vontade de ficar calado, imerso em si mesmo (distante das outras pessoas), se configurando, portanto, que esta é a sua forma particular de “chorar”; ou seja, de expressar a sua dor.

Em relação à ansiedade, foi trabalhada com o sujeito, por meio do método de Feedback, a conscientização de que a melhor maneira para se lidar com a ansiedade é viver presente no presente (aqui-e-agora). Foi, realizado, também, um experimento de consciência corporal, aliado a técnicas de respiração e relaxamento, e foi passado, como “tarefa” de auto-ajuda, repeti-la em casa. Quanto à questão da rotina, foi trabalhada com o sujeito, por meio do método de Feedback, a conscientização deste, de que toda rotina pode ser alterada por meio de novas atitudes e que isso dependia, exclusivamente, dele. O mesmo se aplicava para a angústia gerada por não estar trabalhando.

Em vários encontros psicoterápicos, percebi que o sujeito chegou à compreensão de seus problemas, entretanto, não à conscientização destes, pois repetia certas condutas, não adequando ao seu modelo de vida uma nova forma de agir; no entanto, nos últimos encontros, essa conscientização estava mais presente.

Evolução: processo e resultados

O cliente iniciou o processo psicoterapêutico apresentando-se muito angustiado, ansioso, com muita dificuldade em expressar seus sentimentos, tanto de alegria, quanto de tristeza, queixando-se que sua rotina de vida “era sem graça e chata”. Apresentou, também, muita dificuldade em relacionar-se socialmente, sobretudo com pessoas do sexo oposto, e uma grande preocupação com a

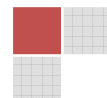


opinião alheia sobre sua vida particular. Diante desses aspectos, apresentava baixa auto-estima e uma imobilização no sentido de tomar decisões que pudessem reverter esse quadro.

Iniciei o trabalho buscando a conscientização do parceiro terapêutico sobre esses aspectos, e o quanto eles “mutilavam” sua existência plena. Gradativamente, por meio dos métodos da Gestalt-terapia, o cliente foi percebendo esses entraves. Entretanto, a conscientização dos mesmos, só foi observada a partir do nono encontro, quando o cliente tomou decisões e passou a agir em favor da solução de seus problemas. Assim, ao conscientizar-se da necessidade de voltar ao mercado de trabalho e compreender que as seqüelas geradas pelo acidente não são um impeditivo para isto, pediu alta do e benefício recebido do INSS; foi, então, enquadrado num programa profissionalizante oferecido pelo próprio Órgão, no qual ele faz um Curso de Informática e continuará recebendo o benefício até que termine o curso (duração aproximada de seis meses). Está realizando outro Curso de Informática particular, visando à sua qualificação profissional; enviou currículos a empresas, além de inscrever-se em concursos públicos, buscando reintegrar-se ao mercado de trabalho.

Afirmou que, apesar de sentir muito medo em relação à tomada dessas decisões, o que ainda gera ansiedade e angústia, está mais confiante em si e consegue lidar melhor com esses sentimentos; relatou ter recobrado “sua capacidade de sonhar”.

Em relação à “timidez” com as mulheres, o parceiro terapêutico foi desenvolvendo, ao longo do processo psicoterápico, a compreensão de que essa suposta timidez era um recurso que utilizava para se proteger de situações consideradas pecaminosas pela Igreja que frequenta e na qual ele foi educado desde a sua infância. Esta conscientização pôde ser verificada, mais claramente, a partir do 18º encontro, (verbalizações do cliente) e ficou muito explícita no 20º encontro, quando o mesmo afirmou que sua Religião trazia uma visão pecaminosa sobre sexo (“sexo é coisa do diabo”), a qual ela havia incorporado (introjeção) e

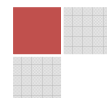


que, hoje, percebeu que ela não é verdadeira. Afirmou, ainda, que esta conscientização sobre o sexo como sendo algo natural, inerente ao ser humano, tem possibilitado a ele e à esposa a vivência de uma vida sexual mais plena e prazerosa. Acrescentou que é dentro dessa nova forma de compreender o sexo que ele quer educar os seus filhos, para que eles não sofram o que ele sofreu, sentindo-se “sujo” e se punindo por isso.

Diante das evidências, observadas por mim e expressadas oralmente pelo cliente, acredito que o processo psicoterápico se desenvolveu de maneira favorável às reais necessidades do parceiro terapêutico. Ao final de vinte e três encontros psicoterápicos, o parceiro terapêutico encontrava-se em condições de fazer suas escolhas, trilhar seus próprios caminhos, encarar seus problemas, responsabilidades, êxitos e frustrações, de forma menos ansiogênica e neurótica e, assim, poder experimentar sua existência de forma mais saudável. O processo psicoterápico foi importante, ainda, para que o parceiro terapêutico se conscientizasse de que somos bipolares e que, portanto, temos em nossa estrutura pontos positivos e negativos, que devem ser aceitos e trabalhados no sentido de minimizar os negativos e maximizar os positivos. Diante dessas evidências, optamos (eu e o parceiro terapêutico, em comum acordo) pela alta psicoterápica.

3. OBSERVAÇÕES DA ESTAGIÁRIA

Este estudo de caso foi muito enriquecedor para o meu desenvolvimento clínico, como estagiária em Gestalt-terapia. A primeira barreira a ser superada, como gestalt-facilitadora, foi a recusa oral do cliente pelos métodos da Gestalt-terapia, o que me proporcionou o desafio de usá-los, de forma criativa, sem que o parceiro terapêutico se sentisse desrespeitado em seu desejo. Pude comprovar, assim, que a criatividade é a base de um atendimento em Gestalt-terapia e que, somente a partir das sensações, dos sentimentos e da formação da figura que se



sobressai de um fundo, trazidos pelo parceiro terapêutico em dado momento, é que é possível escolher a técnica apropriada a ser utilizada. A partir daí, considero que a Gestalt-terapia ultrapassa as fronteiras de abordagem psicoterápica para se enquadrar no campo das artes: a arte de cuidar do outro.

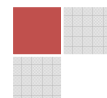
Dessa forma, um encontro entre o gestalt-facilitador e o parceiro terapêutico, baseia-se no respeito, na Ética e na possibilidade criativa de capturar e alargar os instantes, presentificando o momento vivido.

Esta experiência vivenciada por mim, como gestalt-facilitadora, e transcrita neste estudo de caso, reiterou minha afinidade pela abordagem psicoterápica escolhida (Gestalt-terapia); ela possibilitou o crescimento do cliente, via autoconscientização do momento vivenciado (aqui-e-agora), fazendo com que ele, a partir desta conscientização, elaborasse formas mais produtivas de ser-e-estar-no-mundo e passasse a agir em conformidade a essa nova visão. Assim, a Gestalt-terapia, por ser a terapia do agora, do contato, e por enfatizar que o “como” e o “para que” são muito mais importantes do que o “por que”, é capaz de levar o parceiro terapêutico a enfrentar seus problemas e buscar, em si mesmo, soluções mais produtivas; ainda, assumindo responsabilidades sobre suas escolhas e compreendendo seus fracassos como sendo oportunidades de aprendizagem, para a elaboração de escolhas mais profícuas.

É preciso ressaltar que as leituras efetuadas e os colóquios de supervisão foram determinantes para o bom desenvolvimento do processo psicoterápico, o que possibilitou uma melhor qualidade de vida ao parceiro terapêutico (objetivo do processo), assim, como, o meu enriquecimento profissional e pessoal.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. Hiperatividade: doença ou essência, um enfoque da gestalt-terapia. **Psicol. cienc. prof.**, v.25, n.2, p.186-197, jun. 2005,. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-



98932005000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em: 22 out. 2007.

BALLONE, G. J. A Realidade do outro. In: **PsiquWeb**, Internet. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/outro.html>> revisto em 2003. Acesso em: 20 out. 2007.

BERVIQUE, J. de A. **Mecanismos neuróticos** (texto avulso). Bauru: Instituto "EU – TU" de Psicologia alternativa. Centro "Fritz Perls" de estudos de Gestalt, out., 1990.

_____. **A bênção, Fritz...**: gestalt-terapia, eu e você. Bauru: EDUCON, 2000.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual**: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.

_____. A Filosofia Moral. In: _____ **Convite à Filosofia**, unidade 8, cap. 5. São Paulo: Ática, 2000. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~wfel/chau.html>-61k. Acesso em 16 out. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CPF nº 010/05, de 21. jul. 2005, vigente a partir de 27. ago. 2005.

MAYER, E. L. Frederick S. Perls e a Gestalt-terapia. In: FADIMAN, J; FRAGER, R. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986. p. 126-148.

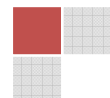
PERLS, F. S. Gestalt-terapia e potencialidades humanas. In STEVENS, J. O. (org.) **Isto é Gestalt**: Coletânea de artigos escritos por Frederick S. Perls e outros. São Paulo: Summus, 1977. p. 19-27.

PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003, cap. 2, p. 53-80. ISBN: 85-323-0846-5.

RESOLUÇÃO CNS 196/96 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia**: o processo grupal; uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística. São Paulo: Summus, 1994. ISBN 85-323-0446-X.

RODRIGUES, C. S. L. Católicas e feministas: identidade religiosa e sexualidade de mulheres católicas modernas. **Revista de estudos da religião**, n. 2, p. 36-55,



2003. ISSN: 1677-1222. Disponível em: <http://www.pucsp.br/rever>. Acesso em: 16 out. 2007.

STEVENS, J. O. (org.). **Isto é Gestalt**. Coletânea de artigos escritos por Frederick S. Perls e outros. São Paulo: Summus, 1977.

_____. **Tornar-se Presente**: experimentos de crescimento em gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1988.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela **Wikimedia Foundation**. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Auto-estima&oldid=7632364>. Acesso em: 24 out 2007

