

O enfrentamento da violência contra a mulher: um resgate da auto-estima ¹

Adriano Ricken Barone* & Cristina Vilela de Carvalho**

Resumo

Este artigo aborda a violência contra a mulher seguindo um referencial psicanalítico. Analisa aspectos de uma psicoterapia realizada no contexto de estágio clínico supervisionado do 5º ano do curso de Psicologia de uma universidade pública. Trata especificamente dos sintomas que uma paciente de 41 anos apresenta ao longo das sessões e do desenvolvimento de seu processo psicoterápico, com a ampliação de aspectos como a independência e a conquista da auto-estima, muito prejudicados pelo relacionamento da paciente com o marido, que cometia atos de violência física e psicológica contra ela e os filhos do casal. O método utilizado foi o estudo de caso na perspectiva clínica, observando, a partir de vinhetas, as manifestações dos conflitos e o seu trabalho na relação terapêutica. Em um referencial psicanalítico bioniano, ressalta-se que o terapeuta deve buscar propiciar o crescimento mental do paciente, visando a que este desenvolva suas capacidades psíquicas de pensar, conhecer, discriminar e verbalizar.

Palavras-chave: violência; mulher; psicanálise.

1. Introdução

A violência contra a mulher constitui um tema em destaque no contexto da sociedade brasileira, pois diariamente mulheres sofrem violência doméstica de caráter físico e psicológico. Segundo dados de uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001), aproximadamente 19% das brasileiras já sofreram algum tipo de violência por parte de homens. Nesse estudo, 33% das mulheres entrevistadas admitiram já ter sido vítimas de alguma forma de violência física e 27% declararam ter sofrido violências psíquicas. Destas, 12% por ameaça de espancamento a si e aos filhos e 12% pela vivência de desrespeito e desqualificação constantes de seu trabalho, dentro ou fora de casa. Ademais, 18% das mulheres com filhos relataram críticas sistemáticas à sua atuação como mães. Entre as principais causas da violência destacaram-se o ciúme e o alcoolismo. Deste modo, percebe-se que o tema abordado é de importância no contexto de uma sociedade que ainda oprime e desrespeita cotidianamente a mulher e seu papel.

Segundo Triviños (2006), o estudo de caso é um tipo de pesquisa qualitativa em que o objeto de estudo deve ser analisado, num primeiro momento, em seus pormenores, costumes e modos de enfrentar seus problemas pessoais e, posteriormente, observado na totalidade de suas relações sociais, ou seja, em como o indivíduo reproduz suas atitudes em seu contexto social mais amplo. O conteúdo das sessões foi analisado segundo a

¹ Este artigo é uma versão modificada do relatório de conclusão do estágio clínico supervisionado do 5º ano do curso de Psicologia de uma universidade pública, desenvolvido pelo primeiro autor e orientado pela segunda.

* Psicólogo, Especialista em Saúde Mental e Intervenção Psicológica pelo Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (DPI/UEM). E-mail: rickenbarone@hotmail.com.

** Psicóloga, Mestre em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, professora assistente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre Desenvolvimento Humano (DPI-UEM). E-mail: cvilelac@wnet.com.br

psicanálise, método psicoterapêutico que procura investigar o aspecto inconsciente das palavras, ações e produções imaginárias do paciente (Laplanche e Pontalis, 2001).

Entende-se que a violência consiste em toda ação traumática que leva a mente a se desestruturar ou a reagir por meio de mecanismos defensivos, inserindo-se nesses mecanismos situações em que o indivíduo se isola ou se torna agressivo com o outro. Ao sofrer a violência, o indivíduo é colocado em condição de não poder ter satisfação, ou de apenas procurá-la como defesa contra o medo da morte. O violentador, por sua vez, ao provocar medo e dor física e/ou psíquica no outro, livra-se de seu próprio medo e dor por meio desta relação agressiva, fazendo uso do outro de modo egoísta. O ser odioso e violento é um *falso eu*, que procura esconder seu ser mais profundo, apavorado com seu próprio desamparo. O ato violento é um tipo de negociação que, por meio da agressão, procura solucionar conflitos não resolvidos pelo diálogo e pela negociação. No contexto de violência a vítima vai sendo destituída de sua singularidade e o indivíduo que sofre e procura a terapia quer aprender a lidar com seus sofrimentos psíquicos. A terapia visa colocá-lo em contato com suas emoções e auxiliá-lo no processo de transformação de sua realidade intra e intersíquica, ou seja, a realidade relativa a ele próprio e àqueles que o rodeiam em suas relações sociais (Gerber, 2004; Fagundes, 2004).

Bion (2004) aponta que alguns pacientes não conseguem ouvir o que eles mesmos falam, além de não terem respeito pelo que já sabem, de modo que sua experiência e conhecimento não lhes são úteis. O autor comenta que se procura trabalhar em terapia sob uma mudança de vértices, ou seja, busca-se que o paciente consiga ter uma “*perspectiva reversível*”, no sentido de ele passar a perceber as verdades de sua vida que antes eram encobertas por distorções da sua realidade, aludindo ao *insight* do paciente, isto é, uma compreensão de sua vida mental e de sua mudança no modo de perceber as coisas. Ferro (1998, p. 179), citando Bion, observa que o processo que desemboca no desenvolvimento mental é doloroso e que “os pensamentos, se pensados, conduzem à saúde mental, se não pensados dão origem ao distúrbio”.

A partir de um referencial psicanalítico bioniano, o terapeuta busca propiciar o crescimento mental do paciente, no sentido de este adquirir meios de enfrentar seus problemas de forma ativa, de modo a desenvolver suas capacidades psíquicas de pensar, conhecer, discriminar e verbalizar (Bion, 1973; Zimerman, 2004). Para que esses objetivos sejam alcançados no processo psicoterápico, seguindo o raciocínio bioniano, atribui-se grande importância à superação dos problemas de falsidade que acontece, também no vínculo terapêutico, pois às vezes o paciente resiste em enxergar as causas do seu problema, preferindo naturalizar seu sofrimento. Na clínica, as distorções da verdade sobre a fonte do sofrimento mental podem se manifestar de várias formas, como enganos, fantasias e distorções (Bion, 1991, 2004; Zimerman, 2004).

2- Método

O atendimento psicológico da paciente consistiu, inicialmente, em uma entrevista inicial, no decorrer da qual se coletaram sua queixa e os dados de sua história de vida, o que permitiu a elaboração da hipótese diagnóstica. Posteriormente, deu-se início ao seu processo psicoterápico, em sessões com a paciente duas vezes por semana, com duração de cinquenta minutos cada uma. No total foram 58 sessões. O conteúdo dessas sessões, conforme já citado, foi analisado segundo o referencial psicanalítico.

3- Dados do caso

A paciente, aqui denominada Ana Maria, tinha, na época, 41 anos. Residia na cidade de Maringá – PR. Era casada havia mais de doze anos e tinha dois filhos, um de onze e um de nove anos, e, à época, trabalhava como costureira de uma confecção. Quanto à escolaridade, tinha cursado o ensino fundamental.

De acordo com a paciente, seu marido era alcoolista, fato que ela descobrira apenas depois de se casar. Ao longo dos anos ele passou a consumir bebidas alcoólicas com frequência cada vez maior, o que contribuía para sua agressividade e violência contra ela. Desautorizava e humilhava a esposa perante os filhos do casal, afirmando que ela era incapaz e imprestável. Ana Maria veio à terapia querendo saber se o marido tinha razão em suas críticas, ou seja, ela tentava descobrir, através do processo psicoterapêutico, se o que o marido dizia sobre ela era verdade ou se era ele quem estava errado em lhe fazer tantas acusações e em humilhá-la.

Ela relatou ter medo do marido, motivo pelo qual preferia se calar. Ele criticava Ana Maria por trabalhar fora, e deixava a carga dela todas as obrigações para com os filhos. No tocante ao relacionamento sexual, ele queria ter relações sexuais com ela apenas quando bêbado e ela cedia às suas exigências por medo de que ele fosse violento com ela, o que inclusive já havia acontecido em situações em que ela se negara a ter relações sexuais com ele. Além disso, segundo a paciente, o marido era irresponsável com o dinheiro, gastando-o em bares e perdendo objetos pessoais. No que tange ao relacionamento com os filhos, Ana Maria colocou que, na medida do possível, tentava dar-lhes atenção, levando-os à igreja nos finais de semana, à escola ou a encontros esportivos, já que o pai em nada os acompanhava.

A paciente passava, assim, por um grande sofrimento mental. Por causa de sua baixa auto-estima não conseguia ter condutas de enfrentamento à violência do marido, e seu sofrimento se refletia nos filhos do casal, que presenciavam todas as agressões sofridas pela mãe.

4- Discussão

A partir do processo psicoterápico da paciente pôde-se observar que seu conflito girava em torno da “busca da verdade” no sentido de “saber quem estava certo, ela ou o marido” (sic), que a maltratava e humilhava. A paciente, por vezes, imaginando que o marido tinha razão em suas críticas, sentia-se incapaz e desprovida de qualidades, apresentando baixa auto-estima. Apesar disso, constantemente ela relatava em suas sessões que “tudo estava bem” (sic), em uma aparente apatia.

No processo terapêutico, foram constatados na paciente, aspectos mentais bastante desenvolvidos no que se refere às questões práticas e objetivas, pois era uma mãe trabalhadora e preocupada com as necessidades materiais e afetivas dos filhos. Entretanto, principalmente na relação com o marido, ela apresentava muitos aspectos frágeis, no sentido de ser ingênua e acreditar facilmente em tudo que este lhe dizia, fugindo da realidade e das “verdades” referentes a ele.

A paciente dizia ter muito medo do marido, principalmente quando ele estava alcoolizado, por isso aceitava passivamente várias violências, até mesmo tendo relações sexuais com ele contra a própria vontade, por exigência dele.

Observou-se que a paciente se privava totalmente de seus direitos, anulando-se e desvalorizando-se perante o marido agressor, num processo de compulsão à repetição, em

que este a agredia e ela não apresentava reação alguma, por isso as agressões se repetiam de tempos em tempos.

Constatou-se que o marido da paciente utilizava o medo que esta tinha de suas condutas agressivas como forma de ter o controle sobre ela. Além disso, o marido tinha muita inveja da mulher, porque, enquanto ela era bem-sucedida no trabalho, ele não conseguia lidar com a própria vida e organizar suas despesas. Era irresponsável nos cuidados com a família e justificava seus atos de violência física e verbal dizendo que era assim “porque estava se sentindo rejeitado por ela, que em todo momento lhe dizia para sair de casa” (sic), ou seja, pedia-lhe que se separasse dela.

Nas condutas da paciente na relação com o marido, verificou-se que em vários aspectos sua energia destrutiva encontrava-se bastante fluida, separada da sua energia de vida. Assim, quanto às agressões e atos violentos do marido, ela acabava sendo-lhe submissa e tendo muita dificuldade em tomar atitudes ou fazer algo que mudasse sua realidade e a dos filhos. Ela própria afirmava ter muita dificuldade em separar-se definitivamente do marido, seja exigindo que este deixasse sua casa, seja saindo ela mesma com seus filhos.

O trabalho psicoterapêutico teve por objetivos, entre outros, levar a paciente a refletir sobre a violência do marido, ajudá-la na prevenção desses atos e apoiá-la no sentido de que ela pudesse exercer uma força contrária aos seus impulsos destrutivos, amparando-se em sua força de vida. O principal argumento utilizado para esse intento consistiu em que seus filhos necessitavam de uma mãe que lhes proporcionasse bons exemplos e limites, educando-os e mostrando-lhes que o pai-marido estava errado em suas atitudes. Desse modo, procurava-se libertá-la da idéia de que os comportamentos violentos do marido eram naturais e de que as mulheres deviam ser tratadas com desprezo e violência.

Por meio da terapia pôde-se observar que a paciente, ao mesmo tempo em que buscava a verdade sobre seu relacionamento com o marido, tinha grande dificuldade, principalmente no início do tratamento, em perceber as contradições entre o que ele dizia dela e o que ela realmente era. Sempre colocava em dúvida se o marido não estaria certo em dizer que ela era incapaz e não sabia conversar com ele.

Durante as sessões psicoterapêuticas, nos momentos em que a paciente recebia interpretações sobre o componente invejoso do marido em relação ao seu desempenho profissional e sobre quanto ela era ingênua em acreditar nas palavras depreciativas dele, Ana Maria dizia ser importante para ela que lhe estivessem esclarecendo “certas coisas” (sic) sobre a sua vida. Por meio destas interpretações feitas para a paciente, e a partir de suas reações, pôde-se observar que “[...] apesar das aparências em contrário, o peso das experiências quando um paciente vem ver um analista sugere que o próprio paciente sente que necessita de uma injeção poderosa de verdade, mesmo que ele não goste dela” (Bion, 1992, p. 242).

A asserção de Bion acima referida foi aqui comprovada. A paciente, para agarrar-se ao prazer de uma ilusão, ou seja, por querer acreditar que o marido pudesse lhe oferecer coisas boas e reconhecer seu esforço pela família, por vezes apresentava grande resistência a perceber que esse seu desejo a prejudicava, na medida em que a deixava “cega” à realidade à sua volta. O exercício da sua terapia foi, então, gradativamente, promover a desilusão das ilusões.

Observou-se, desde o início da terapia, a tendência de Ana Maria a projetar as partes boas de seu *eu* na figura do marido, que, mesmo sendo alcoolista e irresponsável com as obrigações familiares, com longo histórico de maus-tratos contra a mulher e os filhos, era

considerado por ela como “mais forte e mais capaz” (sic) do que ela. Ao longo de algumas sessões, a paciente relatou que “seu defeito era esquecer o que o marido fazia de errado e o que ele a fez sofrer” (sic).

Essa tomada de consciência por parte do paciente expõe-no, muitas vezes, a sofrimentos, luto e dor; mas se terapeuta e paciente persistirem, poderão ser obtidos grandes desenvolvimentos (Ferro, 1998). Em várias sessões Ana chorou quando confrontada com a realidade, isto é, com o seu desejo de continuar com o marido e a “sua necessidade de separar-se dele para ter paz e poder educar os filhos” (sic).

Propôs-se à paciente que ela, após analisar as vantagens e riscos de sua atitude, procurasse resgatar suas partes boas, ou seja, suas qualidades projetadas no outro, e tomasse as rédeas de sua vida, assumindo as responsabilidades pelas suas escolhas. No caso de Ana Maria, a escolha era continuar com seu marido ou se separar dele, dúvida que foi se tornando bastante freqüente para a paciente ao longo das sessões, até o seu desfecho, quando ela decidiu sair de casa com os filhos.

Progressivamente, foram-se vencendo as resistências, por meio de um trabalho de fortalecimento das capacidades mentais da paciente e de um resgate de sua auto-estima. Dessa forma, ela começou a reintrojetar suas partes boas, antes projetadas na figura do marido, e pôde perceber que na realidade era ela quem tinha nas mãos as rédeas de sua vida.

A paciente relatou que no início da terapia ela “pensava que era a errada na relação e não era capaz de nada bom, assim como o marido lhe dizia [...]” (sic); mas foi mudando seu modo de enxergar os fatos e passou a ver que não era ela que estava errada, e sim o marido, e que, ao contrário do que ele lhe dizia, ela era capaz de muitas coisas.

Em conformidade com o referencial bioniano, poder-se-ia dizer que a paciente começava a desenvolver uma função psicanalítica da personalidade, ou seja, estava exercitando sua capacidade de conhecer as verdades sobre si mesma por meio da introjeção dessa função do seu terapeuta (Bion, 1991; Zimmerman, 2004).

A paciente relatou que até mesmo em seu trabalho as pessoas tinham comentado que ela havia mudado a postura, mostrando-se mais confiante. O terapeuta, observando, ao longo de várias sessões, que a paciente, ao ouvir suas palavras e, principalmente, quando algo penoso lhe era dito, passava a mexer na “chave” de sua casa, que estava em suas mãos, interpretou para a paciente que ela já tinha a “chave de sua vida nas mãos. Cabia então a ela aprender a usá-la”. Ana Maria concordou, olhando para a chave em suas mãos e sorrindo, como em um sentimento de liberdade.

5- Considerações finais

Salienta-se que o trabalho com a paciente teve progressos significativos, porquanto ela conquistou uma maior auto-estima e conscientizou-se de suas necessidades e das de seus filhos. Procurou-se trabalhar no sentido de proporcionar-lhe um espaço reflexivo, em que foram valorizadas manifestações vinculadas à pulsão de vida, colocadas em oposição à compulsão à repetição da paciente em aceitar passivamente as agressões do marido. Desse modo, ela pôde vislumbrar outros caminhos e sair de uma realidade violenta passando a usufruir uma nova vida com seus filhos.

6- Referências

- BION, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1991). *O aprender com a experiência*. (P. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1962).
- _____. (1992). *Conversando com Bion*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (2004). *Elementos de psicanálise*. (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1963).
- FAGUNDES, J. O. (2004). *A psicanálise diante da violência*. In: SANDLER, P. C. (Org). Leituras psicanalíticas da violência. São Paulo: Casa do psicólogo. pp. 21-40.
- FERRO, A. (1998). *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações*. Rio de Janeiro: Imago.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (2001). *Violência contra a mulher*. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/nucleo/dados/pesquisa_p_abramo_violencia> (Acessado em: 07/07/2007).
- GERBER, I. (2004). *O medo e a violência ou o ovo e a galinha*. In: SANDLER, P. C. (Org). Leituras psicanalíticas da violência. São Paulo: Casa do psicólogo. pp. 41-49.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- TRIVIÑOS, A. N. S. (2006). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- ZIMERMAN, D. E. (2004). *Bion: da teoria a prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: Artmed.