

DA MONTANHA RUSSA AO VENTO!: A TERAPIA COMO RECONSTRUÇÃO DE UMA VIDA MARCADA PELA VIOLÊNCIA

FROM ROLLER COASTER TO WIND!: THE THERAPY AS A RECONSTRUCTION OF A LIFE MARKED BY VIOLENCE

*O vento é como a fé,
Não se vê, mas se sente.
O vento balança galhos e flores,
A fé separa homens e almas do que existe e do que possa existir,
Se podemos chorar ou se podemos sorrir.
Queria nesse momento poder voar,
Pra do alto das nuvens orientar
Os anjos-crianças a seguir o caminho da inocência.
Escutando canções de belas palavras,
Regando flores com amor.
(MONTANHA RUSSA)*

RESUMO: Este artigo está baseado no recorte de um atendimento psicoterápico realizado em um projeto da 6ª Delegacia de Polícia juntamente com um instituto de Terapia Relacional Sistêmica. Trata-se de um caso no qual um paciente acusado de pedofilia solicitou ajuda à delegacia, da qual foi encaminhado para atendimento psicológico. O texto tem por objetivo discutir as possibilidades de atuação do profissional psicólogo frente a uma vítima que pode também ter se tornado um agressor, bem como as repercussões da violência na vida do indivíduo. Toma por base teórica a perspectiva Sistêmica, incluindo o desenvolvimento bioecológico de Bronfenbrenner e o ciclo vital da família. Utilizam-se, ainda, estudos sobre violência, morte e luto. As reflexões feitas neste texto apontam para a necessidade do profissional despir-se de seus preconceitos, reconhecendo o paciente como um ser humano em sofrimento, bem como a necessidade deste ter clareza do seu papel enquanto agente de saúde e mudanças. Verificou-se ainda, as repercussões da violência sofrida, que se estabeleceram na forma de sintomas físicos e emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: violência, transmissão dos traumatismos, atuação profissional.

ABSTRACT: This article is based on a study case of psychotherapy conducted through a project of the 6th Police Station along with an Institute of Relational Systemic Therapies. The patient had been accused of pedophilia, requested assistance at police station and was sent for psychological attention. This text aims to discuss the psychotherapist work in cases as this one when the victim can have become an abuser, reflecting the repercussions of violence in his life. It is based on the Systemic perspective, including the Bronfenbrenner bioecological development theory and family life cycle, and violence, death and bereavement studies. The reflections in this paper highlight the need of professional undress their prejudices, recognizing the patient as a human being in distress. As well as, the need to have the professional role as an agent of change and health well understood. It was also underlined the repercussions of the violence suffered, who settled in the form of physical and emotional symptoms.

KEYWORDS: violence, transfer trauma, professional activity

DORIS WALDOW

Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em psicologia clínica
Email: doriswaldow@hotmail.com

DENISE FRANCO DUQUE

Especialista em psicologia clínica, coordenadora do Familiar Instituto Sistêmico. Supervisora e orientadora deste trabalho
Email: deniseduque@matrix.com.br

Recebido em: 05/05/2013
Aprovado em: 06/06/2013

O trabalho como terapeuta clínico traz consigo algumas surpresas e desafios que nos colocam numa posição em que se torna impossível trabalhar sem que haja novas e profundas reflexões acerca do seu papel, seus sentimentos, ideais e valores. Este artigo é fruto de uma dessas ocasiões na qual tive a oportunidade de me despir de medos e preconceitos para poder auxiliar no processo de reconstrução de uma vida marcada pela violência e pela dor.

A violência é aspecto cada vez mais presente e preocupante em nossa sociedade. Ao sairmos às ruas, ou simplesmente ligarmos o televisor, estamos sujeitos a ver e ouvir notícias resultantes da crescente violência que nos cerca. São casos diários de agressões físicas, sexuais, psicológicas, negligências e até mortes. Tudo isso envolve um grande sofrimento para a(s) vítima(s) e sua(s) família(s), e, também, segundo pesquisas como as de Camargo (2002) e Vecina (2002), é produto e produtor de sofrimento do(s) agente(s) da violência, já que, segundo as autoras, as pesquisas indicam que há a possibilidade de, muitas vezes, o agressor ter sido também uma vítima de agressão. Dessa maneira, toda a sociedade vem sofrendo intensamente com a dor de conviver com a violência e o medo, nem sempre sabendo/conseguindo aliviar tal sofrimento.

Assim, com o intuito de auxiliar algumas famílias que necessitavam de atendimento psicológico a ressignificar suas relações, superando suas dificuldades emocionais e seus conflitos familiares, foi criado um programa no qual alguns voluntários se dispuseram a financiar parte dos atendimentos às famílias que chegavam à 6ª Delegacia de Polícia (DP) e que não conseguiam ser absorvidos pelos escassos programas de atendimento da rede pública.

O caso a ser relatado e discutido a seguir é o resultado de um desses atendimentos que foi absorvido pelo programa e realizado pela autora.

Trata-se de um homem acusado de ter cometido abuso sexual em crianças (pedofilia). Ao aceitar atender MR*, vi-me diante de um grande desafio que, tendo em vista meu histórico com crianças e minha tendência em sensibilizar-me com as mesmas, me colocaria numa posição delicada de não julgar um ser humano que, criminoso ou não, pedia ajuda.

O desenvolvimento desse texto teve como objetivo exemplificar e discutir as repercussões da violência na vida do indivíduo, além das possibilidades de atuação do profissional psicólogo frente a um caso no qual a vítima poderia também ter se tornado um agressor. Este estudo de caso, voltado para a descrição de fenômenos com cunho exploratório e descritivo, foi desenvolvido por meio da análise predominantemente qualitativa dos atendimentos e baseia-se no estudo clínico realizado.

Os dados analisados são frutos de um recorte do processo terapêutico do Sr. MR, de 35 anos, ocorrido entre 2007 e 2008. Uma vez que este é um trabalho de cunho científico e permeia aspectos éticos e profissionais, o paciente foi devidamente informado sobre a intenção deste, bem como dos meus objetivos, e, após tê-los aceito, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, MR teve acesso ao material final escrito do caso e autorizou o uso de seus textos escritos durante o processo terapêutico, para fins científicos.

Como psicóloga clínica com formação em terapia relacional sistêmica, tomo como aporte epistemológico a teoria sistêmica, também conhecida como ciência complexa ou novo-para-

* MR é a sigla utilizada para referir-se à pessoa atendida, preservando-se sua identidade em sigilo. A sigla é a abreviatura das palavras "Montanha Russa", termo utilizado pelo paciente no decorrer da primeira sessão como forma de descrever sua constante sensação de ansiedade, e adotado pela equipe da delegacia como forma de manter o anonimato. Além disso, o termo contém uma metáfora que é também considerada um instrumento terapêutico, conforme discutido no decorrer do trabalho.

digmática*, para embasar minhas reflexões sobre o trabalho realizado. Segundo esse referencial, sempre que pensamos o indivíduo devemos considerá-lo dentro de seu contexto, isto é, ponderando o mundo e as relações que o cercam e/ou cercaram durante toda a sua vida. O mundo é visto em sua complexidade, como um imenso sistema, uma teia, em que tudo e todos estão conectados e no qual, fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são interdependentes. A ciência novo-paradigmática apoia-se em três pressupostos: o da complexidade, o da instabilidade e o da intersubjetividade (Vasconcellos, 2002).

Dentro dessa teoria, o indivíduo é visto em constante interação com o mundo que o cerca, sendo ambos considerados integrantes de uma rede conectada a tudo que se retroalimenta numa complexa interdependência. O ser humano não é apenas um alguém isolado, mas está no mundo. É um sujeito que, apesar de manter sua individualidade, não pode ser compreendido sem levar-se em conta todas as suas conexões. Cada atitude que adota afeta outros aspectos da vida, seja nos próprios seres humanos, seja no meio ambiente.

Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999) apontam ainda que o sistema é formado por inúmeros subsistemas. Bronfenbrenner (1996) contribui com o esclarecimento dessa ideia ao descrever a existência de vários deles: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema, aos quais se adiciona atualmente o cronossistema.

Segundo ele, o indivíduo está inserido em microsistemas (atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa, tais como família e amigos), os quais se encontram em relação com os mesossistemas (re-

lações entre dois ou mais microsistemas nos quais a pessoa participa ativamente, tais como relações entre a família e a escola), que, por sua vez, estão inseridos nos exossistemas (ambiente em que a pessoa não participa de forma direta, ativa, mas nos quais ocorrem eventos que afetam e são afetados pelo sujeito, tais como o ambiente de trabalho dos pais) e o macrosistema que permeia todos os outros sistemas formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra (tais como economia, política, religião, sistema de leis, entre outras características inerentes a cada cultura). Todos os sistemas se veem influenciados pelo cronossistema que se refere à passagem do tempo em termos históricos (diz respeito tanto às continuidades quanto às mudanças e interrupções ao longo do ciclo vital do indivíduo e das gerações) (Bronfenbrenner, 2011; Polônia, Dessen & Silva, 2005).

Dentro desse mesmo pensamento, torna-se importante para o terapeuta estar atento à família, a qual, segundo Minuchin (1982), é considerada a Matriz de Identidade e possui como funções a proteção de seus membros e a transmissão e adaptação desses à cultura. Constitui-se em um sistema complexo, que apresenta uma estrutura composta por subsistemas integrados e interdependentes que se organizam baseando-se em relações hierárquicas e de poder de acordo com as diferentes funções exercidas pelos membros da família. Ela se define como um sistema social único e dinâmico, que estabelece uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserida. Ou seja, a família como matriz da identidade tem como função promover no sujeito o sentimento de pertencimento, por meios de

* Ciência novo-paradigmática, segundo Vasconcellos (2002), é a ciência baseada num novo paradigma no qual o mundo é complexo, instável e influenciado pela subjetividade do pesquisador. A mesma autora (2005) afirma que este é um termo transitório sendo em breve dispensado em função de um reconhecimento amplo do pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência.

modelos de identificações que o auxiliavam a conhecer quem é e quais são suas origens, bem como possibilitar seu crescimento e individuação, de diferenciação de seus pais e irmãos (Minuchin, 1982).

Devido a essa necessidade de desenvolvimento da própria família de modo a permitir o crescimento de seus membros, costuma-se pensar que a família passa por estágios de transição ao longo de seu ciclo de vida, durante os quais há, em geral, aumento de estresse por maior ou menor desestabilização do sistema. Essa instabilidade é gerada por necessidade do sistema desenvolver novas aprendizagens a fim de incorporar padrões de funcionamento cada vez mais complexos. Carter e McGoldrick (2001) propõem uma divisão em 8 estágios normativos do ciclo vital da família: o lançamento do jovem adulto solteiro; a união das famílias no casamento – o casal; tornando-se pais – famílias com filhos pequenos; a transformação do sistema familiar na adolescência; famílias no meio da vida – lançando os filhos e seguindo em frente; e família em estágio tardio de vida. Destacam ainda vicissitudes, como divórcio e recasamento, morte prematura, e doenças crônicas.

Dar atenção à família e sua história, ao contexto socioeconômico, às crenças e valores e às etapas da vida fundamenta minha prática, pois possibilita identificar os desafios de cada etapa para os diferentes membros da família, bem como as repercussões das situações vividas nos diferentes momentos de desenvolvimento.

RELATO E DISCUSSÃO DO CASO

Hoje começo minha história...

Durante 34 anos vivo nessa ilha da magia, mas o que fazer se meu coração

fica no meio de um mar de problemas, resolvendo o que está fora da terra?

Talvez entenda porque as ondas quebram a tranquilidade e afogam meus sentimentos mais inocentes...

Lembranças da infância, de quando um sorriso era como um pôr do sol numa tarde de verão,

Uma lágrima regava um milhão de sonhos e um sonho era o que bastava para continuar correndo na direção do horizonte.

Mas na vida a luz nunca pode acabar, porque um segundo de escuridão na alma é o suficiente pra acordar em pesadelos.

Talvez nunca cheguei bem ao fundo deles para entender que o ar acaba no momento que você não acredita no vento que balança seus cabelos.

(MONTANHA RUSSA)

MR chegou pontualmente à sessão e com olhar cabisbaixo entrou e sentou-se no sofá. Respirou fundo e sem que eu perguntasse qualquer coisa começou a falar: “Vou começar desde o início, quando eu tinha nove anos...” e assim iniciou contando as sucessivas tragédias ocorridas em sua vida. Aos prantos, contou da morte por assassinato do seu pai, de como se tornou um menino em situação de rua, de como tinha conhecido o homem que o tirara das ruas, lhe ensinara uma profissão e que o “sacaneara”* com o corpo durante aproximadamente um ano e de como foi sua vida desde então.

Contou ainda sobre a reação de sua mãe quando finalmente, após anos, revelou a ela o abuso sofrido e da sua consequente crise de diabetes após receber a notícia. Relatou como se sente desanimado e sem vontade de viver, com muitas dores no peito e no abdômen (“como se estivesse o tempo todo em uma montanha russa”) e os cons-

* “Sacanagem” foi a palavra utilizada por MR durante muito tempo para denominar o abuso sexual sofrido.

tantes pesadelos nos poucos momentos que conseguia dormir.

Diante de tantas desgraças, sensibilizada com tudo o que ouvia, voltei a pensar na situação que o trouxera até ali e buscando ser sincera lhe esclareci a situação ética frente à questão. Afirmei que sabia da denúncia de pedofilia que corria contra ele e que, mesmo não cabendo a mim descobrir se o fato ocorrera ou não, eu precisava de garantias de que, caso houvesse veracidade na denúncia, o abuso não voltaria a acontecer. Esclareci ainda que, ouvindo a dor que MR sofreu e continua sofrendo por causa do abuso, não poderia permitir que ele fizesse o mesmo com outra criança. MR garantiu que desde a denúncia fugia de situações em que encontrasse meninos de rua, evitando seu impulso de querer ajudar* aqueles que estão vivendo o mesmo que ele próprio vivenciou.

Além disso, expliquei as normas e os objetivos do projeto, contratando com MR que os encontros se dariam semanalmente, que a falta consecutiva sem aviso prévio significariam a desistência do processo terapêutico e a perda da vaga no projeto, falei sobre o sigilo profissional e sobre um pagamento simbólico para o tratamento.

A HISTÓRIA DE MR

MR é o filho caçula de uma família humilde de 14 irmãos, sendo 7 filhos da primeira família do pai, 1 de um primeiro relacionamento da mãe e 6 do casamento entre ambos. Cresceu em Florianópolis, numa época em que bairros, hoje totalmente urbanizados, ainda eram repletos de campos e árvores, dos quais tem lembranças saudosas e idealizadas.

Aos 9 anos, presenciou a morte de seu pai, vítima de assassinato. Conta

que seu pai o chamara e mais alguns irmãos que se encontravam em casa para subir o morro, pois soubera que um de seus filhos estava sendo agredido. Ao chegarem lá, os agressores fugiram, voltando em instantes com armas em punho atirando no peito do pai e do irmão pivô da situação.

A partir de então, MR passou a perambular pelas ruas, sem rumo, voltando para casa apenas ao anoitecer, até que, aos 12 anos, resolveu ir trabalhar para ajudar sua mãe. Conseguiu um emprego de vendedor de picolé, o que, algum tempo depois, lhe proporcionou conhecer um homem que lhe tirou da vida que tinha para ensinar-lhe tudo o que sabe sobre sua profissão atual. Infelizmente, esse mesmo homem também abusou dele sexualmente por mais ou menos um ano.

A partir de então, MR disse ter virado um rapaz revoltado, brigão e sem amor à vida. Bebia muito e arranjava brigas, pois eram as formas que tinha de se sentir aliviado. Com o tempo parou de beber e começou a usar maconha, hábito que deixou logo, pois percebeu que a droga o deixava ainda mais deprimido. Buscou ajuda com um psicólogo, com quem lembrou a situação de abuso sofrida, mas não conseguiu abrir a questão pelo fato de se sentir envergonhado e “menos homem” frente a um terapeuta do sexo masculino, o que dificultou a continuidade do tratamento. Consultou-se ainda com um psiquiatra, mas também não persistiu com a medicação devido à sensação de torpor e completo desânimo que os remédios lhe causavam. Além disso, ambos eram da rede particular e MR não possuía condições de manter os custos.

MR relatou sua indignação frente a crianças em situação de rua, com quem conversava e tentava ajudar, falando-lhes da importância do estudo e

* MR utiliza a palavra “ajuda” quando se refere às crianças que abordava, pois, para ele, seu desejo era o de tirá-las das ruas atentando para os perigos de viver uma vida na marginalidade e nas drogas.

do prejuízo causado pelas drogas. Um dos primeiros passos tomados por MR foi o reconhecimento de que projetava naquelas crianças sua própria infância, fazendo o que queria que tivessem feito por ele. Porém precisou perceber que elas não lhe davam ouvidos enquanto ele se colocava em novas situações de risco, que serão discutidas adiante. Aos poucos chegou a conclusão de que antes de pensar nos outros precisaria cuidar de si, curar suas próprias feridas para poder seguir em frente.

MR tem vivido sua vida com muito desânimo, dores no corpo (principalmente no peito), pesadelos com a morte do pai e sua própria morte que não o deixam dormir, dedicando-se quase que exclusivamente ao seu sustento e aos cuidados de sua mãe. Costumava preocupar-se com as necessidades de todas as pessoas antes das suas próprias. Ajudava a muitos, mas não pedia ajuda, nem compartilhava sua dor com ninguém. As únicas pessoas a quem confiou o segredo do abuso sofrido são uma ex-namorada, sua mãe e eu, agora.

Para compreender melhor a história de vida e a família do paciente, utilizei-me do genograma (Figura 1), buscando identificar os vínculos significativos e as repetições de padrões de comportamento numa leitura trigeracional. MR demonstrou entusiasmo e interesse no exercício, lembrando-se de muitas pessoas e histórias “esquecidas”. O exercício nos permitiu observar determinadas repetições ao longo das gerações passadas, tais como dependência química, mortes trágicas e situações de distúrbios mentais na família.

Busquei entender também as relações que se estabeleciam entre os membros da família, que apresentavam padrões rígidos, mas com bastante afeto. Ao explorarmos a história da família, MR encontrou dificuldade em certos momentos, o que o fez, aos poucos buscar mais informações sobre sua origem.

O documento gerado pelo exercício se fez presente e continuou sendo construído inúmeras vezes no decorrer da terapia, permitindo que usufríssemos de sua riqueza em diferentes etapas do processo.

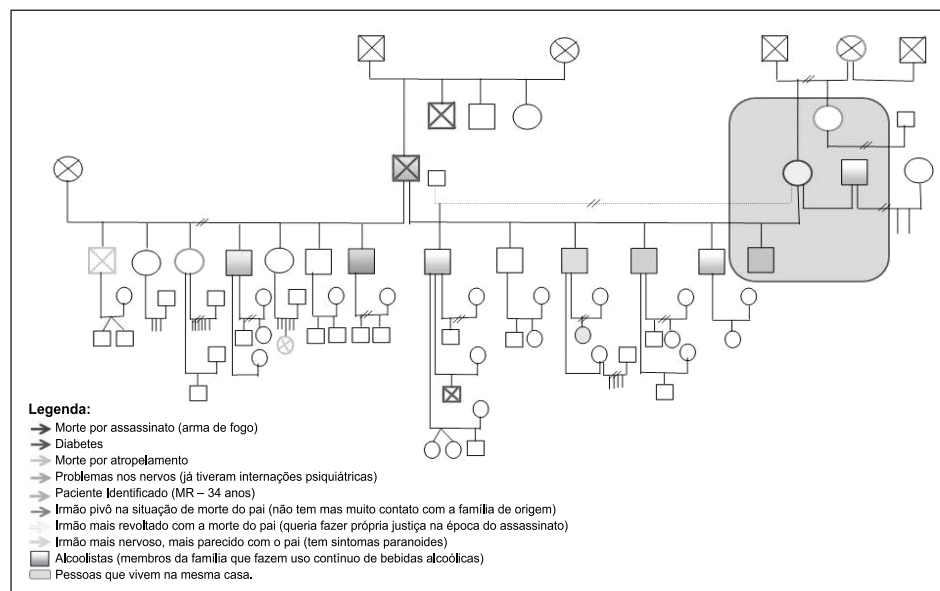


Figura 1: Genograma da Família de MR.

Segundo Dessen e Braz (2005), entender a história de vida de MR, o contexto em que viveu e em que vive, os períodos de vida nos quais aconteceram fatos importantes em sua vida e o momento no qual se encontra é fundamental para ver o indivíduo dentro de uma perspectiva sistêmica. O genograma auxilia na organização dos dados e permite uma melhor visualização da estrutura e dos padrões da família em questão. No decorrer do atendimento de MR foi instrumento fundamental, não só para mim enquanto terapeuta, mas também para o paciente, que conseguiu organizar suas ideias, histórias e a própria família, ao mesmo tempo em que pode se dar conta de muitos fatores aos quais não havia dado importância até o momento.

MR E SUAS PERDAS

A morte do pai foi um dos temas mais abordados nas sessões com MR. Aos poucos o paciente trouxe detalhes dessa perda e da sensação de culpa que o aflige diariamente. MR conta que enquanto estava no morro com seu pai e irmãos, viu os agressores voltando com as armas nas mãos e não conseguiu avisá-los. Descreve uma sensação “como se visse que um copo de água iria cair e despedaçar-se sem conseguir chegar a tempo de pegá-lo” e disse sentir-se assim constantemente, o que o deixa ansioso e inseguro.

Somando-se a ISS, o MR relata uma cena ocorrida uma semana antes da morte de seu pai, quando numa briga com um garoto do bairro afirmara: “Você nem tem pai mesmo...” Desde então, sente-se culpado e punido por ter proferido tais palavras infantis.

Trabalhando a questão da incapacidade e principalmente da impossibilidade de uma criança se tornar respon-

sável por “ter de pegar um copo que está caindo”, e, por mais maldosas que tivessem sido suas palavras, o tamanho desproporcional do “castigo” que se impunha, pude, aos poucos, ajudar MR a redimensionar a tragédia e a responsabilidade pelas situações vividas. Foi necessário que o paciente fizesse o exercício de imaginar outra criança, com a mesma idade, para que pudesse finalmente perceber a fragilidade desta, frente à tamanha violência. Apenas desprovido das questões emocionais que lhe torturavam há tanto tempo, que MR pode pela primeira vez perceber quão injusto estava sendo consigo mesmo, responsabilizando-se pela morte de seu pai. Esse foi um dos aspectos mais difíceis de todo o processo de luto.

O sentimento de culpa é relatado como sendo muito comum nos casos de perdas trágicas. Segundo Walsh e McGoldrick (1998), nas perdas trágicas e inesperadas, em que questões podem ter ficado em aberto e a família sem tempo para se despedir, são comuns sentimentos de incompreensão, dor e culpa e a sensação de que aquilo poderia de alguma forma ter sido evitado.

Isso ficou claro em todas as sessões em que o assunto da morte foi predominante. Percebia um intenso questionamento sobre o que poderia ter feito e não fez. Poderia ter avisado o pai? Poderia ter evitado o acidente? Deveria ter medido suas palavras em situações anteriores? Tais fantasias de onipotência criavam a falsa noção de que MR poderia ter tido a situação sob seu controle. Parecia ser mais fácil lidar com a raiva de si mesmo do que aceitar o sentimento de raiva pelo pai que se colocou em situação de risco e o abandonou tão precocemente, e dos assassinos que lhe tiraram a vida de forma fria e implacável.

Ao analisar a história de vida do paciente, percebia-se que ele não conseguia superar a perda. MR apresentava muitos dos sintomas descritos pelas autoras Walsh e McGoldrick (1998) e por Strobe e Strobe (1987) frequentemente encontrados em pessoas enlutadas, em diferentes etapas do ciclo de vida. A depressão, a ansiedade, a culpa, a raiva/hostilidade, a falta de prazer, a solidão, a agitação, a fadiga e o choro o acompanhavam, bem como dores somáticas, perda do apetite, o distúrbio de sono, a perda de energia e, na adolescência, ingestão de psicotrópicos. Além disso, relatava ter pesadelos em que revivia o assassinato do pai, ou vivenciava seu próprio assassinato e sentia dores na mesma região em que o pai havia sido baleado.

Segundo as fases do luto relatadas por Bromberg (1994), pode-se dizer que MR havia estacionado entre a segunda e a terceira etapas, ou seja, entre o anseio e protesto (desejo de reencontrar a pessoa morta e raiva pela pessoa ter partido) e o desespero (acompanhado de apatia e depressão pela tomada de consciência da irreversibilidade), pois os sentimentos que relatava ainda eram de desejo de reencontrar a pessoa morta e de desespero, apatia e depressão.

A partir dos relatos cada vez mais detalhados, bem como dos meus questionamentos, ansiedade e culpa foram cedendo pouco a pouco. Nesse momento sugeri que MR escolhesse algumas fotos de sua família a fim de trabalhar com elas. O paciente trouxe várias delas que foram observadas e explicadas até que me detive em uma foto do pai. A partir de então pedi licença à MR para “chamá-lo” à sessão e solicitei que o paciente pensasse no que gostaria de falar para seu pai e no que acha que ele lhe diria.

MR ficou muito emocionado, mas não conseguiu falar uma única palavra para seu pai. Ele olhava para a foto à sua frente e chorava sem conseguir expressar seus sentimentos. Aos poucos procurei verbalizar o que imaginava que o pai gostaria de dizer para seu filho caçula. O rapaz ouviu atentamente e aos poucos voltou a olhar para mim. Com o horário da sessão estourado, encerrei assinalando que MR podia reencontrar seu pai e conversar com ele a partir das lembranças que tem e que seria importante poder lhe dizer o que nunca foi dito. A atividade possibilitou ainda, que nas sessões seguintes pudessem ser trazidas lembranças das situações vividas anteriormente às tragédias e introduziu a possibilidade de resolver questões não resolvidas. Meses depois, MR relatou que, no aniversário de óbito do pai, conseguiu visitar seu túmulo e conversar com ele.

Em outro momento, MR relatou a angústia sofrida nas horas após o assassinato do pai, nas quais ninguém podia chorar ou falar do assunto já que a mãe, que “sofria dos nervos”, ainda não sabia da morte. Descreveu a cena de seu pai deitado, já sem vida no sofá, sua fantasia (desejo) de que estivesse apenas dormindo e o silêncio que pairava na casa até que a tia revelasse a tragédia à mãe. Quando finalmente esta soube do ocorrido teve uma “crise de nervos” e mais uma vez os filhos encontraram forças para suportar a morte e o desespero, evitando fragilizar ainda mais a matriarca. Somente no velório, MR finalmente permitiu-se chorar de forma tímida e secreta. Os membros da família sofriam calados acreditando que assim diminuía a dor do próximo. Cada membro da família isolou-se em sua dor, calando em seu peito a dor latente da falta, da culpa, do medo, do desânimo, da confusão, da raiva etc.

Após o evento, MR diz ter se sentido cada vez mais solitário. A família teve muita dificuldade de se reorganizar sem a presença da figura paterna, recaindo sobre a mãe o sustento financeiro da casa e o auxílio no cuidado dos netos. Além disso, amigos e padrinhos afastaram-se da família, deixando-a cada vez mais isolada em sua dor e seus problemas. Não obstante, a falta de comunicação agravava as dificuldades, deixando ao encargo de cada um lidar com a situação e sentimentos isoladamente. O paciente relata que nem na escola encontrava conforto, tendo os professores, movidos pelo sentimento de pena, relevado as atitudes de MR frente aos estudos, sem serem capazes de poder ouvir e acolher o aluno em sua dor.

As características da família de MR dificultaram a possibilidade de elaboração do luto. Segundo McGoldrick e Walsh (1998), quando a família não consegue manter a coesão e permitir a diferenciação dos membros, quando apresenta dificuldade em se comunicar e de falar sobre a dor da perda, quando existe a escassez de recursos econômicos e quando não existe uma rede de apoio que auxilie a família nesse momento, a elaboração do luto se torna muito mais lenta ou até mesmo impossível, dificultando seus membros a seguir em frente na tarefa de continuar vivendo.

MR mostrou-se muito magoado com a incapacidade dos adultos perceberem sua dor, repetindo constantemente o quanto queria ter podido falar sobre tudo isso naquela época, tendo alguém que o acolhesse, escutasse e guiasse. Apenas falando exaustivamente sobre o assunto, ele pôde, pela primeira vez, questionar sua culpa e começar a olhar para os momentos felizes que antecederam aquela tragédia, constatando que a sua vida não fora

apenas desgraças, mas que ocorreram também situações positivas, as quais fazem parte da sua história e consequentemente da sua identidade.

Para MR, a dor foi intensa, pois além de perder um membro da família, perdeu aquele que efetivamente cuidava dele e de quem ainda precisava muito. MR perdeu o pai, cuja importância na família se dava em função do estabelecimento de regras, sustento financeiro e porto seguro.

Além disso, vivenciar a morte do pai provocou em MR reações que são descritas em psiquiatria como características de um estresse pós-traumático. MR passou a reviver constantemente a cena fúnebre. Acordado se percebia lembrando o drama e quando dormia tinha muitos pesadelos com a cena do assassinato de seu pai. Por esse motivo costumava manter-se constantemente ocupado, evitando ficar quieto, e dormindo o mínimo possível.

Com os constantes pesadelos, chegava cada vez mais exausto às sessões. Trabalhamos o conteúdo dos sonhos que se davam sempre em torno da morte de seu pai ou da sua própria morte. Com isso passou-se a explorar o significado da morte para o paciente. Sugeri que fizesse um exercício de recorte e colagem, no qual buscaria em revistas imagens que representassem a morte. O paciente trouxe fotos de assassinato, violência, dor e desamparo. A partir desse material, foi discutido como MR se sentia ao ver tais imagens e como imaginava que iria morrer. Ele associava à morte toda cena em que um ser humano não é respeitado em sua condição humana e se imaginava numa morte parecida com a do seu pai: com arma de fogo, com tiros no peito.

A ligação com seu pai fez com que MR não só imaginasse sua morte semelhante, como fez com que ele se co-

locasse em situações de perigo nas quais essa morte “esperada” pudesse acontecer. Como já apontado anteriormente, MR buscava ajudar as crianças em situação de rua (principalmente quando envolvidas com tráfico). Nessa “ajuda” falava sobre o que poderia acontecer, ganhava a amizade e confiança, e buscava descobrir quem era o mandante (traficante) para denunciá-lo anonimamente. Com isso o paciente se colocava em alto risco, já que, no tráfico, essas situações são comumente resolvidas a tiros.

Recorrendo ao genograma, pudemos perceber que histórias de assassinatos e outras mortes trágicas foram uma constante na família de MR, assim como o silêncio e a impossibilidade de falar sobre esses assuntos. Ao visualizar esse fato o paciente se espantou e reforçou seu autoquestionamento frente suas atitudes de risco de morte, bem como se permitiu olhar e questionar tantas mortes ocorridas. MR contou as histórias e motivos de cada morte na família e pela primeira vez, se permitiu repensar a responsabilidade do pai na sua própria morte.

Concomitante a isso, foi possível refletir sobre as consequências dessa morte e da impossibilidade de comunicação, que levaram ao isolamento, à desestruturação, abandono da escola, trabalho infantil, perambulação pelas ruas, depressão e pouca perspectiva de vida, já que MR apresentava comportamentos nitidamente suicidas e demasiada dificuldade de projetar o futuro.

A partir dessa discussão, sugeri a realização do contraponto do exercício, onde MR deveria buscar imagens que lhe remetesse à vida. O paciente recebeu algumas revistas e folhas de papel para levar e fazer com calma em casa, mas essa tarefa nunca foi cumprida. Algumas sessões depois discutimos sobre a dificuldade em realizá-la:

para o paciente visualizar a vida era muito difícil, já que só via dor, morte e separação à sua frente. Mesmo assim, aos poucos MR pôde começar a cuidar da saúde, fazer planos para o futuro, reestabelecer contatos com amigos e familiares, demonstrando que de alguma forma o desejo de viver estava brotando em sua alma.

Outra perda significativa para MR estava atrelada às questões de abuso. O paciente relatava com frequência a dor que sentia ao ver crianças perambulando pelas ruas. Dizia sentir vontade de ajudá-las e, aos poucos, pôde perceber o quanto essa iniciativa de ajuda o remetia a própria situação vivida, na qual não foi ajudado. Ele constantemente afirmava que nada disso teria acontecido se alguém tivesse olhado para ele, ajudado em sua dor, permitindo a ele chorar e falar sobre o assunto, incentivando-o a não deixar a escola etc. Ao mesmo tempo dizia que percebeu que seu esforço de nada adiantava, já que as crianças pareciam não querer ouvir o que uma pessoa mais velha tinha a dizer, sofrendo consequências inesperadas como a denúncia por sua iniciativa de estender a mão.

Descreveu uma situação de uma criança que era violentada pelo pai em casa e do seu desânimo frente ao desenrolar da história. Conta como o menino lhe pedira um par de tênis e ele, lembrando-se da situação vivida na sua própria infância, propôs um trato: deu-lhe um cachorrinho (filhote de sua cadela) lembrando-se de como lhe ajudara ter um animal de estimação como companheiro nas horas difíceis e lhe prometeu um tênis caso ele cuidasse muito bem do filhote no decorrer de um mês. Algum tempo depois perguntou ao garoto como estava o cachorro para poder cumprir sua promessa, e o garoto respondeu que havia matado o cachorro, pois este fa-

zia muito barulho. Isso deixou MR desolado.

Ao relatar a cena e constatando a violência e o desperdício do seu tempo, MR começou a perceber que não seria ajudando os outros que o faria sentir-se melhor, mas que precisava começar a cuidar da sua própria criança interior. Aquela que foi tantas vezes ferida e que agora, finalmente voltava a ganhar voz e se permitia pedir ajuda para ser cuidada e consolada. Além disso, passou a questionar se ele próprio teria dado atenção caso alguém tivesse tentado alertá-lo.

O abuso sofrido foi um dos temas mais difíceis de serem tocados em terapia. Com muita dificuldade MR começou a falar dessa vivência. Disse que quando decidiu trabalhar para ajudar a mãe, começou a vender picolés nas ruas e bares e conheceu AB*, que num primeiro momento lhe ofereceu atenção, ajuda e um emprego, o que até então não havia recebido de ninguém. AB incentivou MR a retomar seus estudos e lhe ensinou uma profissão. Era atencioso e amoroso, mas seus carinhos passaram de simples manifestações de afeto para se tornarem carícias vividas sob forma de tortura pelo rapaz. AB passou a abusar sexualmente de MR, que sabia que aquilo não era correto, mas não sabia para quem falar nem o que fazer.

Pfeiffer e Salvagni (2005) atestam essa lei do silêncio, quando descobrem em seus estudos que a real prevalência do abuso é desconhecida, visto a dificuldade que muitas crianças sentem em revelar. Barudy (1999) apresenta as formas como o agressor consegue esse silêncio, exercendo controle sobre sua vítima, seja através da sugestão, de mentiras, de chantagens afetivas, da intimidação ou da utilização da violência. No caso de MR, o agressor lhe inculcia um sentimento ambivalente, já

que possibilitava o usufruto de diversos benefícios em troca de situações doloridas e constrangedoras. O paciente não se permitia julgar AB pelas suas atitudes já que, ao mesmo tempo em que o “sacaneava”, estendia-lhe a mão e ensinava coisas tão importantes para sua vida.

Segundo Arruabarrena e Joaquim (1999), MR sofreu um abuso caracterizado como violação, o qual seria normalmente menos prejudicial visto a maior possibilidade de a família se unir para proteger a criança. Mas frente ao fato de a família encontrar-se desorganizada pela tragédia que a acometeu, o rapaz sentia-se impedido de relatar o caso, poupando os demais membros de mais uma dor.

Furniss (2002) corrobora com a discussão ao descrever fatores que agravam a situação vivida. Ao se pensar na história de MR, pode-se dizer que o abuso foi agravado pela grande diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a vítima (cerca de 30 anos), a importância que o abusador tinha para MR que aumenta o paradoxo entre proteção e abuso, o tempo prolongado da situação e a ausência de figuras parentais protetoras.

Nos encontros em que se falou nesse tema, busquei ajudar MR a identificar seus sentimentos em relação ao abuso. O paciente, aos poucos identificou sentimento de vergonha, impotência, culpa e raiva, semelhantes aos que sentia frente a perda do pai.

MR afirmava ter vergonha do que aconteceu com ele, sentindo-se “menos homem” por ter sido usado sexualmente, o que interfere nos seus relacionamentos atuais, já que não consegue esconder de sua companheira o que vivera, ao mesmo tempo em que tem medo de não ser compreendido. MR relatou que após lembrar-se da cena (nas consultas com o primeiro

* AB será a sigla para nomear o vitimizador de MR.

psicólogo) contou a história a uma namorada e essa, por imaturidade (17-18 anos), espalhou suas questões tão íntimas a “amigos”. Dessa forma seus relacionamentos tornaram-se curtos e superficiais, terminando sempre antes de se tornarem mais íntimos.

A impotência sentida pela incapacidade de pedir ajuda foi outro sentimento relatado por MR que se via novamente incapaz de mudar o “destino”, remetendo-o à morte do pai e da sua incapacidade de avisá-lo do perigo. Também a raiva foi um sentimento explorado por mim, já que ela existia, mas contra si mesmo e contra os adultos que não percebiam que algo estava errado. MR não conseguia sentir raiva de AB, o que precisou ser trabalhado para que o vitimizador, enquanto adulto, fosse responsabilizado pelos seus atos. Com o tempo, MR relatou que chegou a ir atrás de AB, anos depois, pois gostaria de ouvir dele o motivo de ter abusado, mas desistiu no caminho achando que não valeria a pena procurá-lo.

A culpa foi mais uma vez um sentimento muito presente em seu relato. Sentia-se culpado por ter se envolvido nessa situação, por ter permanecido nela por tanto tempo e por achar que, de alguma forma, provocava os abusos. Esse é mais um sentimento descrito por Mattos (2002) e Furniss (2002) como efeito do abuso, seja pela estigmatização social, isolamento, baixa autoestima e diminuição da atenção, concentração e rendimento escolar (Mattos, 2002), seja pelo sentimento de ter, mesmo que de forma passiva, participado do ato e nunca ter contado a ninguém (Furniss, 2002). Foi necessário muito trabalho para que MR pudesse atribuir a responsabilidade do abuso à AB, podendo compreender e passar a sentir menos vergonha e culpa pela situação vivenciada.

Ao ser questionado sobre quem sabia da história, contou suas duas experiências negativas em dividir esse far-do com alguém. Além da situação vivenciada com a namorada, relata que há alguns anos contou à sua mãe sobre o abuso vivido e que a reação da mesma foi difícil pois, segundo o paciente, a mãe sentindo-se culpada por nunca ter percebido, teve uma complicação da diabetes. Por esse motivo, MR encarcerou sua história de tristeza e dor, nunca mais tocando no assunto com ninguém.

Como fruto desses episódios o paciente desenvolveu atitudes que o permitiram fugir de seus sentimentos de vergonha e impotência, podendo-se em seus relacionamentos e buscando ajudar aos outros, como forma de melhorar o mundo e inconscientemente ajudar a si mesmo. Com a possibilidade de reconhecer os danos vividos, MR pôde começar a olhar para dentro de si, deixando de buscar nos outros sua recuperação.

Além disso, foi possível fazer uma ponte entre essa situação e comportamentos relatados anteriormente. MR demonstrava atitudes suicidas, depressivas, hiperativas, apresentando ainda transtorno do sono e dificuldade de aprendizagem. Esses podem ser entendidos como reação à perda trágica e precoce do seu pai, mas também, segundo Barudy (1999), como traumatismos gerados pela situação de abuso.

Pressupondo que a violência gera violência, como explicita Tilmans-Ostyn (2000), em sua tese sobre a transmissão intergeracional dos traumatismos, poder-se-ia romper o ciclo da violência ao ajudar o indivíduo a se conectar ao sofrimento vivido que é o mesmo da vítima. Com a elaboração dos danos sofridos, o paciente pode finalmente integrar sua história e ver que sua vida não foi apenas marcada

pelas perdas e pela dor. Segundo Miller (1997), é preciso ajudar o paciente a olhar para sua trágica história, para que sua vida deixe de ser determinada pela mesma e ele possa se sentir potente sem precisar repetir o mal que lhe foi feito, odiando o que é odiável e amando o que deve ser amado.

Ao reforçar constantemente minha condição de que não poderia aceitar que qualquer abuso pudesse estar acontecendo, independentemente dele ter ou não ocorrido, e relacionar a questão com o sofrimento de MR, possibilitei a ressignificação da experiência passada, pois auxiliiei o paciente entrar em contato com sua dor e conectá-la com a dor da possível vítima (caso tenha realmente existido). Ao compreender que a dor e a confusão que MR poderia estar gerando em alguém seria a mesma que sentiu quando AB abusava dele, o fez conectar-se com o outro sem precisar oprimi-lo para sentir-se mais potente. Além disso, pode usufruir e reproduzir as experiências positivas que viveu com seu agressor, sem se identificar com ele na agressão. Passou a poder lembrar com afeição o que teve de bom (afeto, incentivo, atenção) e a odiar o que realmente foi ruim (o abuso).

O RESGATE DAS BOAS VIVÊNCIAS E SUPERAÇÕES DE MR

Ao tempo em que explorava, no sentido de ressignificar as vivências traumatizantes vividas por MR, busquei, nos diferentes exercícios propostos e nos diálogos estabelecidos no decorrer das sessões, identificar e ressaltar os eventos positivos que fizeram parte da história de vida de MR. Esses eventos começaram a ser questionados a partir de habilidades observadas por mim, como a facilidade em se colocar no lugar do ou-

tro, o cuidado com os familiares, a preocupação com problemas do país etc.

Já nas primeiras sessões, bem como na realização do genograma, destacaram-se o carinho e cuidado que MR demonstrava para com seus familiares, sendo o único que se relacionava de forma positiva com todos os membros da família. Como filho mais novo, o paciente tomou para si a tarefa de zelar pela mãe e por alguns de seus sobrinhos, preocupando-se também com o bem-estar de seus irmãos.

A partir dessa constatação, busquei conhecer os eventos extraordinários da vida, que fizeram com que ele se tornasse uma pessoa tão responsável, preocupada com a mãe, com os irmãos, com os amigos e com a humanidade. MR passara a perceber que sua vida não havia sido constituída somente de desgraça e que em algum lugar ele havia aprendido a se preocupar com os outros e a aproveitar as coisas que considerava boas, como subir em árvores, dar um abraço, mergulhar no mar/rio.

Essas lembranças que tomavam formas e novos contornos nas conversações terapêuticas, eram ressaltadas e muitas vezes exploradas com a finalidade de ampliá-las. Além disso, eu incentivava o paciente para que dividisse essas redescobertas com pessoas significativas, a fim de reatar relações perdidas ou mesmo reforçar relações afetivamente enfraquecidas pelo tempo e pelas perdas vividas. Dessa forma, MR pôde reaproximar-se de amigos e familiares, aprendendo a compartilhar descobertas e situações positivas, bem como reconhecer os sentimentos que o invadiam frente aos eventos negativos. Como exemplo, podemos considerar a iniciativa de MR de reaproximar-se de sua madrinha, podendo ouvir os motivos de tal afastamento, falar do seu sofrimento e, a partir do perdão, reatar a relação.

Busquei, dessa forma, desenvolver os potenciais cognitivos e emocionais e restabelecer sua autoestima a partir dos aspectos positivos da sua história de vida e dessas boas vivências.

Outro acontecimento que chamou minha atenção foi o fato de MR começar a buscar ser cuidado, ao invés de apenas sempre zelar pelos outros. Ao iniciar o tratamento, MR morava com um de seus sobrinhos em sua própria casa, mas com o decorrer do tempo, mudou-se para a casa de sua mãe, onde pôde se deixar cuidar. Juntos (mãe, padrasto, tia e ele) alugaram uma casa num bairro tranquilo, próximo à praia e à natureza, da qual MR sempre afirmou gostar e permitiu-se receber colo, comer da comida de sua mãe e aproveitar a natureza ao seu redor.

Começou também a pensar em constituir sua própria família, voltar a estudar, tocar e cantar e arrumar um emprego fixo que lhe trouxesse mais tranquilidade financeira. MR começou a tomar as rédeas de sua vida, fazendo novos vínculos, planos e lutando para que estes se tornassem realidade.

Mais um fator interessante que demonstra o processo do paciente foi o fato de indiretamente também a mãe ter se beneficiado com as sessões de MR. Apesar de nunca ter vindo a nenhuma sessão, mesmo tendo sido convidada algumas vezes, a mãe de MR passou a pensar sobre a sua história de vida e junto com o filho descobriu que tinha irmãos que foram adotados por outras famílias. Juntos foram atrás desses irmãos e descobriram que um deles morava numa cidade próxima. Perguntando de casa em casa encontraram-no e com isso resgataram parte da história e ampliaram sua rede de relacionamentos. No último Natal, esse novo integrante foi convidado a participar da festa.

Questionamentos acerca do “ser” psicoterapeuta

Trabalhar com um paciente, vítima de violência e ao mesmo tempo acusado de ser um agressor trouxe questionamentos a minhas convicções éticas e morais. Aceitar o desafio de atender MR exigiu um exercício constante de despir-me dos meus preconceitos para poder olhar o ser humano que ali se desnudava. Foi um exercício constante de entrar em contato com a criança interior do paciente ao mesmo tempo em que não podia me esquecer da possibilidade da violência atual e das marcas que poderiam estar sendo deixadas sobre outras crianças.

Dois fatores em essência permitiram-me atender o paciente. O primeiro diz respeito à possibilidade de me desfazer dos preconceitos e ver a pessoa não como um pedófilo e sim como um ser humano que é muito mais do que sua patologia. O segundo diz respeito ao meu papel enquanto profissional, que neste momento não é o de julgar se “culpado” ou “inocente”, mas sim, o de ajudar a pessoa a minha frente a superar perdas e seguir em frente, sem precisar repetir sua história como forma de buscar alívio.

A leitura de Vecina (2002) e Furniss (2002) contribuiu para propiciar essa tranquilidade, pois esses autores discutem a necessidade de compreensão e empatia do profissional para que possa alcançar e entender a dor do paciente e vê-lo como uma pessoa inteira, que vai além do estigma “abusador”. A partir dos textos dos autores, pude me acalmar frente à distinção entre essa compreensão e a responsabilidade pelo abuso cometido.

A partir desses fatores me permiti conhecer MR sem me preocupar se era ou não culpado, sabendo que cabia a mim ajudar a criança ferida, enquanto a justiça se encarregaria de julgar e res-

ponsabilizar o adulto pelo possível crime cometido.

Além disso, a terapia se constituiu num desafio de se “falar do que não pode ser falado”, isto é, falar do possível abuso realizado sem que se tenha a necessidade de ter a certeza do fato. Respeitar o paciente, livrar-se da questão dele ser ou não culpado e tratar das feridas ao mesmo tempo em que se trabalhava a prevenção foi um exercício ambíguo, mas extremamente eficaz. Mesmo sem a certeza de ter ou não a minha frente um pedófilo, pude me conectar com MR, com sentimentos e as marcas deixadas pela dor do abuso que ele próprio sofreu, ajudando-o a se identificar (desenvolver empatia) com uma possível vítima caso ela existisse. Pudemos ainda criar estratégias para que ele deixasse de se colocar em situações que facilitassem a ocorrência de um abuso, ou que permitissem essa interpretação.

Outro aprendizado essencial no tratamento foi a necessidade de respeitar o tempo do indivíduo. Várias sessões foram utilizadas para se falar de assuntos mais amenos, como organização financeira ou música, que foram interpretados como a sinalização de que o paciente precisava de tempo para digerir e poder voltar aos assuntos difíceis. Mattos (2002) destaca esse ponto como essencial para a possibilidade de elaboração e superação do trauma.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dessa experiência permitiu explorar e identificar as repercussões da violência na vida do indivíduo. O caso juntou vários tipos de violência, que geraram no paciente uma paralisia frente à vida. Poder-se-ia dizer que a violência, quando não elaborada e su-

perada, gera no indivíduo marcas doloridas que dificultam olhar a vida de frente, pois mantém os sentimentos e pensamentos no passado, mesmo que o sujeito se esforce para esquecê-la. Assim, ela repercute de forma devastadora na vida.

Além disso, foi possível discutir as possibilidades de atuação do profissional frente ao dilema de a vítima ser também um possível agressor e as capacidades que esse precisa desenvolver para poder olhar cada um deles sem esquecer-se do outro. Ver o ser humano como um ser inteiro torna-se fundamental nesse momento, podendo observar a existência do preto e do branco sem precisar transformá-lo em cinza. É ver a criança sofrida sem tirar, nem deixar de trabalhar, a responsabilidade do adulto.

Quanto à avaliação da terapia pode-se dizer que os primeiros frutos me emocionam, pois após quase um ano de acompanhamento psicoterápico constatou-se uma melhora significativa na qualidade de vida do indivíduo, que apresentou diminuição nas dores abdominais, melhora no sono, maior capacidade de lidar com datas difíceis (aniversário da morte do pai, dia dos pais), busca por ambientes e relações de cuidado e novas perspectivas para sua vida.

O paciente iniciou uma caminhada para dentro de si. Aprendeu a expressar seus sentimentos, seja a partir de conversas como por meio da expressão musical, a se deixar ser cuidado, a valorizar-se frente aos seus sentimentos e ao seu trabalho e a responsabilizar-se pela sua vida enquanto adulto. Pode-se dizer que MR está aprendendo a amar a si mesmo.

Os textos* escritos por MR, que foram sendo apresentados a mim no decorrer do processo terapêutico, demonstraram os diferentes momentos

* MR tinha uma paixão pela poesia e pela música, e costumava expor suas ideias escrevendo poesias ou letras para melodias criadas por seus colegas. Esses textos eram utilizados nas sessões, como ponto de partida para as reflexões acerca da sua postura no mundo e/ou da sua história.

de vida, iniciando com temas tristes e revoltantes para se transformarem em letras de músicas, poemas ou ensaios mais alegres e esperançosas. Também a forma de encarar a vida e os desafios foram modificados, apesar de ainda haver momentos em que a dor, a raiva e o medo se faziam presentes.

Todas essas mudanças me fazem repensar o nome metafórico “Montanha Russa” dado ao paciente, surgindo a ideia de chamá-lo de “Vento”. A ideia apareceu a partir de um dos últimos textos escritos pelo paciente que se encontra no início desse trabalho e se refere ao desenvolvimento da capacidade do indivíduo sentir-se mais livre e leve, apesar de, por vezes, ainda poder se tornar forte e destrutivo.

Todos esses fatores que puderam ser percebidos durante as sessões fazem acreditar que os objetivos propostos para a terapia foram sendo alcançados. Desde a primeira sessão foram trabalhadas formas de prevenção à violência, que parecem ter evitado, se não extinguido, as situações que pudessem propiciar a sua perpetuação, além do paciente ter “voltado a viver”.

Também a possibilidade da formação de vínculos foi observada, primeiramente comigo e aos poucos com pessoas próximas ao paciente, como familiares e amigos. Vento foi aumentando sua rede, permitindo-se relaxar e dividir com ela seus anseios e suas alegrias.

As feridas de Vento também parecem cicatrizadas, dando espaço a lembranças boas do seu passado, bem como à possibilidade de novas boas vivências, o que indica ainda a ampliação das suas capacidades, autoconfiança e auto-estima.

Também vivenciei muitas transformações em mim, tendo podido reavaliar e re-significar muitos aspectos da

violência, quebrando preconceitos e possibilitando um novo olhar sobre o assunto. O desafio se tornou um imenso aprendizado e o esforço um presente, pela possibilidade de reconhecer o lado sensível, amável e encantador de Vento. O processo me ensinou o verdadeiro papel do psicólogo, suas possibilidades e suas limitações. Metaforicamente, poder-se-ia comparar o indivíduo com uma folha de papel amassada que, na terapia pode ser desamassada e alisada, voltando a ser possível utilizá-la para escrever as histórias de vida, mesmo que ela nunca volte a ser lisa como antes, marcada pelas cicatrizes das feridas abertas pela violência vivida.

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M.** (1996). *A terapia familiar: um enfoque interacional*. Campinas: Workshopsy.
- Arruabarrena, M. I., & Joaquim, P.** (1999). *Maltratos a los niños en La familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barudy, J.** (1999). *Maltrato infantil ecología social: prevención y reparación*. Santiago do Chile: Editorial Galdoc.
- Bowen, M.** (1998). A reação da família à morte In **F. Walsh & M. McGoldrick**. *Morte na família: sobrevivendo às perdas* (Cap. 4, PP. 105-117). Porto Alegre: Artmed.
- Bromberg, M. H.** (1994). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editorial Psy.
- Bronfenbrenner, U.** (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U.** (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (Maria

- Adriana Veríssimo Veronese, trad). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Camargo, C. N. M. F. de** (2002). Agresor ou vítima: a falta básica e as duas faces da moeda. In D. C. A. **Ferrari**, & T. C. C. **Vecina**. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática* (Cap. 9, PP. 131-140). São Paulo: Ágora.
- Carter, B., & Mc Goldrick, M.** (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar* (2a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dessen, M.A., & Braz, M.P.** (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In M.A. Dessen, & A. L. **Costa Júnior**. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 113 - 131). Florianópolis: Ed. Papa Livro.
- Furniss, T.** (2002). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mattos, G. O. de** (2002). Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In D. C. A. **Ferrari**, & T. C. C. **Vecina**. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática* (Cap. 13, pp. 174-200). São Paulo: Ágora. **McGoldrick, M.** (1998). Ecos do passado: ajudando as famílias a fazerem o luto de suas perdas. In F. **Walsh**, & M. **McGoldrick**. *Morte na família: sobrevivendo às perdas* (Cap. 3, pp. 76-104). Porto Alegre: Artmed.
- McGoldrick, M., & Walsh, F.** (1998). Um tempo para chorar: a morte e o ciclo de vida familiar. In F. **Walsh**, & M. **McGoldrick**. *Morte na família: sobrevivendo às perdas* (Cap. 3, pp. 56-75). Porto Alegre: Artmed.
- Miller, A.** (1997). *O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos*. (2a ed.). São Paulo: Summus.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S.** (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S.** (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P.** (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5).
- Polônia, A. da C., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P.** (2005) O modelo bioecológico de bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Júnior. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp.71-89). Porto Alegre: Artmed. (pp. 71-89).
- Tilmans-Ostyn, E.** (2000). La terapia familiar frente la transmisión intergeneracional de traumatismos. *Revista Sistemas Familiares*, 16(2), 49-65.
- Vasconcellos, M.J.E. de.** (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. (3a ed.). São Paulo: Papirus.
- Vecina, T. C. C.** (2002). Do tabu à possibilidade de tratamento psicossocial: um estudo reflexivo da condição de pessoas que vitimizam crianças e adolescentes. In D. C. A. **Ferrari**, & T. C. C. **Vecina**. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática* (cap. 14., pp. 201-212). São Paulo: Ágora.
- Walsh, F., & McGoldrick, M.** (1998). A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In F. **Walsh**, & M. **McGoldrick**. *Morte na família: sobrevivendo às perdas* (Cap. 1, pp. 27-55). Porto Alegre: Artmed.