

ESTUDO DE CASO

HOMOSSEXUALIDADE E MAL-ESTAR CONTEMPORÂNEO NA CLÍNICA E NO AMBIENTE SOCIAL

Cleber Lizardo de Assis¹; Bruna Angélica Borges²

HOMOSEXUALITY AND MALAISE IN CONTEMPORARY CLINICAL AND SOCIAL

Resumo: Este artigo trata de uma reflexão sobre o mal-estar contemporâneo que se constitui em torno da homossexualidade, seja na clínica, na saúde e na educação, com base em relatos de fragmentos de um caso clínico de um paciente do gênero masculino em serviço de Clínica-Escola, e que apresentava como queixa dificuldade para se relacionar socialmente devido aos conflitos em torno de sua homossexualidade, além de um quadro fóbico e ideias suicidas. No decorrer dos atendimentos foi identificada uma crise de identidade sexual, tipicamente característica da fase de adolescência, potencializada, principalmente, devido às pressões sociais e familiares que, em hipótese, se constituíam base para os diversos sofrimentos apresentados. Utiliza-se de conceitos psicanalíticos oriundos da psicanálise e de aportes da Resolução 001/1999 do Conselho Federal de Psicologia para problematizar o estatuto da homossexualidade diante do discurso científico e social. Conclui-se que antes de se fechar qualquer diagnóstico de um quadro de fobia e outras psicopatologias, faz-se necessário uma discussão sobre o peso culpabilizador atribuído à homossexualidade na atualidade.

Palavras-chave: identidade sexual; homossexualidade; fobia; adolescência resolução 001/1999 do conselho federal de psicologia

Abstract: This article is a reflection on the contemporary malaise which constitutes around homosexuality, whether in clinical, health and education, from an account of fragments of a clinical case of a male patient in Clinic-School, and had a hard time as a complaint to relate socially, due to conflicts about his homosexuality, and a framework phobic and suicidal ideations. During the visits was identified a crisis of sexual identity, typically characteristic of adolescence phase, boosted mainly due to social and family pressures that, in our case, is constituted on the basis for the various sufferings presented. It uses concepts derived from Psychoanalysis and contributions by the Resolution 001/1999 of the Federal Council of Psychology to discuss the status of homosexuality before the scientific and social discourse. We conclude that before closing any diagnosis of a framework of phobia and other psychopathologies, it is necessary to discuss about weight culpabilizador attributed to homosexuality today.

Keywords: sexual identity; homosexuality; phobia; adolescence; resolution 001/1999 do cfp

1. Mestre em Psicologia pela PUC/MG, Doutorando em Psicologia/USALqAR. Docente das Faculdades Integradas de Cacoal/RO. Coordenador do Grupo de Estudos Psicossociais Regionais/Unesc. Membro da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH). *e-mail:* kebelassis@yahoo.com.br

2. Graduanda em Psicologia, Faculdades Integradas de Cacoal/Unesc. *E-mail:* brunaangelicaborges@hotmail.com

Introdução

Este artigo tem por objetivo apresentar fragmentos de determinado caso clínico de um adolescente de 18 anos, atendido na Clínica-Escola das Faculdades Integradas de Cacoal – Unesc/RO, encaminhado por um neurologista, sob a “queixa” de fobia de acidentes de trânsito.

Contudo, no primeiro atendimento o paciente trouxe outras demandas, tais como: dificuldade de aprendizagem, dificuldade em relacionamentos sociais, abuso sexual sofrido na infância e conflitos em torno da homossexualidade.

Os atendimentos foram realizados em abordagem psicanalítica, em que foi apresentada como regra fundamental para o paciente a Associação Livre, que consiste em dizer o que lhe vier à cabeça, deixando de dar qualquer orientação consciente a seus pensamentos. Por parte do terapeuta, utilizou-se as regras fundamentais de Escuta e a Atenção Flutuante, que se caracteriza como uma forma flexível de atenção sem, necessariamente, tentar obter uma conclusão delas, interpretá-las, uni-las ou somá-las, capturando assim um alto nível de significação.

Na sequência, apresentam-se o método adotado, com breve introdução do caso, o enquadre de atendimento adotado e outros aspectos trazidos durante os atendimentos, para, na sequência apresentar os resultados e sua discussão.

Método – Apresentação do caso

R., negro, 18 anos, solteiro, estudante do 2º ano do Ensino Médio, filho único, mora com os pais adotivos na zona rural de Cacoal (RO).

Como queixa inicial, R. procurou a psicoterapia com um encaminhamento de um neurologista, após ser medicado para fobia. Além da fobia, R. também trouxe como queixa problemas de aprendizagem, dificuldades para se relacionar socialmente,

abuso sexual sofrido na infância e conflitos em torno de sua orientação homossexual.

R. relatou que sente medo de acidente de trânsito desde criança e por isso naquele momento estava tomando medicamento para fobia. Em 2003 foi diagnosticado com Déficit de Atenção e começou a tomar Ritalina, mas em 2007 parou com a medicação e começou a tomar um medicamento para ansiedade.

Como notou-se, logo na primeira sessão o paciente trouxe diversas demandas: ele afirma ter muito medo de acidente de trânsito, muita dificuldade de aprendizagem nas matérias da área de exatas (matemática, química e física), muita dificuldade de se relacionar socialmente com outras pessoas, de fazer novas amizades e iniciar bate-papos, dificuldade em lidar com sua orientação homossexual, pois seus pais “não a aceitariam de maneira alguma”. Ele também alega ter sofrido abuso sexual pelos seus primos dos 7 (sete) aos 8 (oito) anos de idade.

Em 2009, em decorrência do término de um relacionamento amoroso com o marido da prima, pensou em se matar em um acidente de trânsito, chegando a entrar e ligar o carro, mesmo sem saber dirigir, mas desistiu.

Enquadre dos atendimentos

Os atendimentos foram realizados na Clínica Escola das Faculdades Integradas de Cacoal – Unesc, em sessões semanais de 50 minutos, sob a abordagem psicanalítica, que continua em andamento e atualmente com um total de vinte sessões, todas com supervisão semanal pelo professor da disciplina.

Na primeira sessão foi estabelecido o contrato terapêutico, em que ficaram determinados os horários e dias de atendimento, as regras da clínica em relação às faltas e à pontualidade, a questão do sigilo profissional, a importância de ele falar livre-

mente sobre todos os seus sentimentos, vontades e desejos (associação livre). Esse contrato terapêutico foi de fundamental importância para o bom andamento dos atendimentos, haja vista que na primeira sessão o paciente disse que tinha preferência em ser atendido por homens, porque já havia feito terapia no ano anterior com outra estagiária, mas não obteve “nenhum resultado”, pois, segundo ele, “não consegui me desenvolver com ela, ficava travado, não contei quase nada pra ela”. Diante dessa preferência pela figura masculina, a terapeuta-estagiária pediu que, se ele sentisse que não conseguiria dar continuidade à terapia, que se expressasse, que se esforçasse para falar tudo que pensava e sentia sem a preocupação de ser julgado.

Importante salientar que R. foi adotado pela atual família aos nove meses e afirma não ter vontade de conhecer seus pais biológicos porque não concorda com a atitude deles de o terem “dado a outra família”.

Sobre sua infância, R. relatou que quando tinha por volta de 7 anos de idade, quatro primos abusavam sexualmente dele e essa situação de abuso perdurou por mais de um ano, ocorrendo várias vezes, e ele nunca contou nada aos pais porque era ameaçado pelos primos, que eram maiores e diziam que ninguém acreditaria.

Na mesma sessão em que contou sobre o abuso sexual, o paciente também revelou sua homossexualidade e o medo que tem de seus pais descobrirem, pois segundo relata eles são “muito rígidos, aqueles bem antigos, que acham que isso é coisa do ‘outro lado’. Até quando passa na TV meu pai não gosta nem de ver e já fica falando que tá ensinando coisa errada”; R. diz que por isso quando terminar o Ensino Médio quer fazer faculdade fora do estado, para ninguém saber o que ele faz por lá, para poder namorar e ficar com quem quiser sem os pais, a família e os amigos saber. R. afirma ter “medo de perder o amor dos pais”, pois tem certeza que se eles descobrissem iriam “abandoná-lo igual

sua mãe biológica o abandonou”.

Aspectos ligados à homossexualidade apareceram ainda mais fortes nas últimas sessões, quando o paciente revelou gostar de homens adultos que encontrava no dia a dia, que tentou se suicidar em 2009 porque terminou um relacionamento de um ano e meio com um homem casado e quando entrou num carro com o propósito de acabar com sua própria vida.

Ao retornar os atendimentos, após o receso de férias da Clínica-Escola, o paciente relatou que seu médico neurologista interrompeu o uso de medicação para fobia, e após isso ele não sentiu diferença, já que seus medos haviam sido reduzidos com a psicoterapia.

Atualmente, o paciente traz como demanda apenas os seus conflitos relacionados à sua identificação sexual e sobre como lidar com a possível não aceitação de sua homossexualidade pelos pais e família, no entanto, ele está mais consciente de sua condição e do preconceito que enfrentará socialmente quando decidir assumir sua homossexualidade.

Resultados e discussão

A palavra *adolescência* tem dupla origem etimológica e caracteriza muito bem as peculiaridades dessa etapa de vida. Ela vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição ou o processo de crescimento, em que o indivíduo está apto a crescer. Adolescência também deriva de *adolescere*, origem da palavra *adoecer* (OUTEIRAL, 1994).

Esse crescer não se restringe às mudanças corporais, oriundas do processo evolutivo biológico e de maturação hormonal, mas sim ao crescimento interior, ao desenvolvimento psíquico, a infundável construção da personalidade e conseqüentemente da identidade.

Segundo Paladino (2005), a identidade é

algo formado ao longo do tempo por intermédio de processos inconscientes, não é algo inato, existente na consciência no momento do nascimento. O processo de identificação é permanente, está sempre em andamento, pois está sempre incompleto, em formação.

Ainda sobre a construção da identidade na adolescência, Oliveira e Bossa (2001) destacam que entender esse processo de construção da identidade adolescente com seus lutos, depressão, reivindicação e luta, implica em considerar os aspectos biológicos, psicodinâmicos e sociais em permanente interação, pois é nessa fase que ocorrem grandes reestruturações do aparelho psíquico, fundamentais para a consolidação da personalidade.

Assim, esse processo é um *continuum*, uma incessante construção e reconstrução, aonde o sujeito vai se definindo, elegendo valores, sonhos, orientação sexual, enfim, aquilo que realmente quer ser. É nesse contexto que surge o Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), que, conforme indicam Val, Melo, Grande-Fullana e Gomez-Gil (2010), caracteriza-se por uma forte identificação com o gênero oposto, por um desconforto persistente com o próprio sexo e por um sentimento de inadequação no papel social e sexo. Trata-se de uma condição que causa um sofrimento psicológico clinicamente significativo e prejuízos no funcionamento social, ocupacional e/ou em outras áreas importantes da vida de um indivíduo². No caso do adolescente, hipotetiza-se que essas vivências conflituosas em torno da identidade de gênero se fazem presentes como processo normal do desenvolvimento psicosexual, mas com um grau de sofrimento acentuado devido à forte imposição social, especialmente dos

pais, de uma “identidade heterossexual” que tem sido hegemônica em nossa cultura.

No entanto, os discursos sobre a sexualidade são construções sócio-históricas ora ditados pela Igreja, ora pelo Estado, ora pela Ciência, e por isso apresentam inúmeras variações do discurso ideológico, que acopladas ao poder e à ordem política ditam o “normal” e o “patológico” em relação aos desejos e práticas sexuais, e, quando são incompatíveis com as exigências da civilização, constituem-se uma fonte de mal-estar (CECCARELLI, 2012).

Os posicionamentos de Freud repercutiram na compreensão das homossexualidades ao desnaturalizar a sexualidade humana e mostrar que todas as escolhas sexuais respondem a determinações inconscientes em busca da realização de desejo, sem que haja algo que possa ser chamado de sexualidade normal e muito menos natural (CECCARELLI, 2012).

No que tange à questão da Orientação Sexual, o Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999) não considera a homossexualidade um desvio sexual e por isso estabeleceu, em 1999, normas de atuação e conduta para os psicólogos, proibindo-os de exercer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou de práticas homoeróticas, nem a adoção de ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos da sua condição sexual como doença, distúrbio ou perversão. Nesses casos, os psicólogos devem utilizar seus conhecimentos para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra aqueles que apresentam comporta-

2. Se o CID-10 apresenta em sua codificação: F64.2 Transtornos de identidade sexual na infância; F64.8 Outros transtornos de identidade sexual; e F64.9 Transtorno de identidade sexual, não especificado, ainda na categoria dos “transtornos de identidade sexual”, o que desperta inúmeras críticas que fogem ao escopo desse trabalho, o DSM-5 deixa de falar em transtorno de identidade de gênero, historicamente associado a uma patologia, e adota o termo *disforia de gênero* nos casos de incongruência entre a própria experiência de gênero e o sexo do nascimento.

mentos ou práticas homoeróticas (CFP, 1999).

Nesse sentido, em relação ao caso específico, ao adotar a perspectiva de sexualidade da psicanálise e referendada pelos Códigos nosológicos e pelo Conselho Federal de Psicologia, optouse teórica e eticamente por uma postura de não patologização da homossexualidade, mas de tratamento de suas repercussões para o sujeito.

O paciente, em meio a essa construção da sua identidade e confusão de identidade sexual³, apresentava queixas relacionadas ao medo de sofrer preconceito e ser rejeitado pelos outros. Além disso, ele apresentava um comportamento evitativo que o impedia de fazer novas amizades, de conversar com pessoas que não tivesse intimidade.

Devido ao conflito em relação à sua orientação homossexual, o paciente apresentava ainda forte sentimento de culpa e, quando pensamentos sexuais e agressivos proibidos, que podem levar à punição retaliadora, ameaçavam emergir do inconsciente, a ansiedade-sinal era ativada e levava ao desenvolvimento de mecanismos de defesa que eliminavam a ansiedade, reprimindo novamente o desejo proibido (LOWENKRON, 2009).

Sobre a relação entre homossexualidade e fobia, no estudo desse caso, a homossexualidade não é classificada como problema clínico, mas os sofrimentos psíquicos decorrentes de um conflito relacionado à sua vivência sexual e, nesse caso, o comportamento fóbico foi inserido como maneira reativa de o paciente lidar/suportar com/o seu conflito, associado ao forte sentimento de culpa que, inclusive, o levava a ideias suicidas.

Na fobia, tanto o conteúdo ideativo, quanto o afeto insuportável são afastados da consciência e o eu se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Quanto à sua natureza, Freud

(*apud* FIRME, 2005) afirma que a fonte do afeto intolerável é da ordem sexual, ou seja, são as experiências eróticas vivenciadas pelo indivíduo, que nele despertam um sentimento de aflição, concluindo que a vida sexual traz inúmeras oportunidades para o surgimento de representações incompatíveis.

Assim, as fobias corresponderiam aos sintomas de angústia inconscientemente recalçados, relacionadas às perdas, às insatisfações, ao desamparo. Como aponta Ramos (2007), a angústia passa a ocupar outro lugar na teoria das neuroses, pois para Freud é nas manifestações de angústia que o sintoma mostra um processo patológico, enquanto a inibição mostra uma ligação com uma função que pode tornar-se um sintoma, representando o abandono de uma função para evitar a ansiedade, de acordo com o conflito em jogo e a angústia mobilizada.

Destaca-se, finalmente, que a homossexualidade aparece como uma “questão” para o sujeito e seu desejo que, vivenciado de forma conflituosa, se constitui em uma demanda de análise, considerando que a orientação sexual do sujeito não é um quadro psicopatológico ou uma condição clínica nos termos das fobias e outras manifestações sintomáticas. No entanto, defende-se que a homossexualidade emerge como “pano de fundo” dessas manifestações.

Considerações finais

No decorrer das vinte sessões realizadas, pode-se compreender que o paciente teve uma nítida evolução quanto à sua queixa de não conseguir interagir com outras pessoas. Isso fica evidente quando ele relata que a terapia o “ajudou muito” porque agora já conseguia fazer novas amizades,

3. Neste texto, adota-se a noção de identidade de gênero e de sexo não como idênticas, mas ocorrendo como num *continuum* de vivências que podem ocorrer simultaneamente ou de maneira separada.

conversar mais tranquilamente e com mais facilidade com outras pessoas. Essa mudança também é visível, pois com o passar dos atendimentos, pois ele ficava cada vez mais confortável, relaxado na poltrona e dava risadas das próprias histórias que contava. Um paciente silencioso e passivo na primeira sessão se tornou um paciente ativo e falante.

Outro aspecto que evidencia sua evolução na psicoterapia foi o fim dos sintomas da queixa inicial que o trouxe à clínica: a fobia de acidentes de trânsito. O paciente parou com a medicação e afirmou que, mesmo sem tomar o remédio, “nunca mais” sentiu os sintomas anteriores.

Atualmente, a principal demanda do paciente é em relação à sua identidade de gênero, algo aceito por ele, e sua busca na maneira de lidar com seu desejo e o entorno social, especialmente, com os pais; esse aspecto é trabalhado e explorado durante as sessões atuais, mas que ainda é necessária a continuidade dos atendimentos psicológicos para ser bem elaborado.

A Resolução do CFP nº 01/99, com base nos princípios da ética profissional do psicólogo, não impede os profissionais de atenderem aqueles que queiram reduzir seu sofrimento causado pela orientação sexual, seja ele homossexual ou heterossexual. O que se proíbe é a adoção de ações coercitivas que tendem à “cura” de expressões que caracterizam a homossexualidade como doença, distúrbio ou perversão.

Os psicólogos não podem recusar atendimento a quem lhes procure em busca de ajuda, incluindo a demanda de atendimentos que possam ter como objeto o desejo do paciente de mudança de orientação sexual, contudo, não podem prometer a “cura”, exatamente por não poderem considerá-lo doente. Para tanto, é de fundamental importância ressaltar que a ética do psicólogo é laica e por isso seu exercício profissional não pode ser confundido com suas crenças religiosas.

Referências

CECCARELLI, P. R. O que as homossexualidades têm a dizer à psicanálise (e aos psicanalistas). Natal: Bagoas. **Estudos gays, gêneros e sexualidades**, 8, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 001/1999**. Brasília-DF, 1999. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>.

LOWENKRON, T. Clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico. **Revista Brasileira de Psicanálise**. 43(3), p. 133-139, 2009.

OLIVEIRA, V. B.; BOSSA, N. A. (orgs.). **Avaliação psicopedagógica do adolescente**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer**: Estudos sobre adolescência. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1994.

PALADINO, E. **O adolescente e o conflito de gerações na sociedade contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

RAMOS, M. B. J. Fobia: cisão do eu e cegueira. **Estud. psicanal**, 30, p. 87-94, 2007

VAL, A. C.; MELO, A. P. S.; GRANDE-FULLANA, I.; GOMEZ-GIL, E. Transtorno de identidade de gênero (TIG) e orientação sexual. **Rev. Bras. Psiquiatr**, 32(2), p. 192-193, 2010.