

KATIA VARELA GOMES

**A Dependência Química em Mulheres:**  
figurações de um sintoma partilhado

Tese apresentada  
ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de  
Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Titular Maria Inês Assumpção Fernandes

**São Paulo**  
**2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Gomes, Katia Varela.

A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado / Katia Varela Gomes; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2010.

226 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Feminilidade 2. Grupos 3. Psicanálise 4. Negatividade (psicanálise) 5. Droga (dependência) 6. Mulheres I. Título.

BF175.5.F45

GOMES, K. V. **A Dependência Química em Mulheres**: figurações de um sintoma partilhado. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

*À minha mãe Zélia (in memoriam),  
que mostrou os caminhos de  
ser feminina:  
“Não é no cabelo, no denço ou no olhar,  
é ser menina por todo lugar.  
Termina na hora de recomeçar.  
E esse mistério estará sempre lá  
Feminina menina no mesmo lugar”.*  
Trechos da música *Feminina* de Joyce

## AGRADECIMENTOS

O trabalho da escrita é tortuoso, exigente e demanda uma entrega pessoal. Esse percurso é realizado, em muitos momentos, de forma solitária, pela nossa capacidade para *estar só*. No entanto, essa condição só é possível, porque podemos contar com a presença e o apoio de pessoas imprescindíveis nesse processo. A essas pessoas, o meu especial agradecimento.

Minha orientadora, Maria Inês Assumpção Fernandes, pela sua compreensão em momentos difíceis e pelo seu conhecimento compartilhado de René Kaës.

Silvia Brasiliano, pelas valiosas e cuidadosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ianni Regia Scarcelli, pelas indicações e sugestões no Exame de Qualificação.

Professores que contribuíram para a construção teórica deste trabalho, Nelson da Silva Júnior e Paulo Endo.

Domenico Uhng Hur, pela leitura crítica, diálogos constantes e importantes sugestões.

Mirna Yamazato Koda, pelo carinho, apoio, incentivo e ajuda essencial nas leituras e indicações bibliográficas.

Colegas do Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO) do IPUSP e os funcionários, especialmente, Marinalva Almeida Santos Gil.

Simone Villas Boas do Prado, pela ajuda valiosa e paciente pela procura dos livros em sebos franceses.

Equipe do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS ad), onde foi realizada a pesquisa. Agradeço pelo carinho constante e pela experiência adquirida nesses anos.

Edmilson Sarlo, pela sua disponibilidade e imprescindível ajuda no percurso.

Minha família, meu pai João, minhas irmãs Kelli e Karol, meus cunhados Márcio e Daniel e lindos sobrinhos, João Pedro e Luiza. Agradeço pelo apoio, pela confiança e compreensão nos longos momentos de ausência.

Meu companheiro, um especial agradecimento, Mauro Cesar Cannalonga, pela sua paciência e pelo seu carinho.

E, finalmente, as mulheres que participaram da pesquisa, pelos ensinamentos e pelas calorosas trocas nas tardes de quarta-feira.

*Tinha vantagens não saber do inconsciente,  
vinha tudo de fora, maus pensamentos,  
tentações, desejos.  
Contudo, ficar sabendo foi melhor,  
estou mais densa, tenho âncora,  
paro em pé por mais tempo.  
De vez em quando ainda fico oca,  
o corpo hostil e Deus bravo.  
Passa logo. Como um pato sabe nadar sem saber,  
sei sabendo que, se for preciso,  
na hora H nado com desenvoltura.  
Guardo sabedorias no almoxarifado.*

*Quero minha mãe, Adélia Prado*

GOMES, Katia Varela. **A Dependência Química em Mulheres**: figurações de um sintoma partilhado. São Paulo, 2010, 226 p. Tese de Doutorado. Programa de Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

## RESUMO

Os problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas tornaram-se uma preocupação mundial, mobilizando recursos e ações interventivas na atenção aos usuários e dependentes. Entre os grupos, encontramos as mulheres, com características próprias, exigindo pesquisas e programas de tratamento específicos. Esta pesquisa procura privilegiar as especificidades do feminino e a dependência de drogas, através dos referenciais teóricos da psicanálise sobre a sexualidade feminina e a feminilidade. Utilizam-se, também, as concepções sobre o sujeito do grupo, que implicam uma subjetividade constituída nos e pelos conjuntos intersubjetivos, conforme desenvolve René Kaës. Considera-se que, de acordo com os postulados desse autor, a negatividade está na base de todo laço social, configurando as alianças inconscientes e as formações intermediárias no vínculo entre os sujeitos. Nesse sentido, propõe-se uma linha de investigação psicanalítica sobre a dependência química como um sintoma partilhado, objetivando: a) investigar os processos psíquicos relacionados à produção de sintomas em mulheres dependentes químicas, através dos discursos produzidos em uma situação de grupo; b) investigar as formações intermediárias e as modalidades de negatividade na manutenção do sintoma e do laço social. Como procedimento, foi utilizado um grupo psicoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad) e na análise foram consideradas: a interdiscursividade e a linearidade dos enunciados; a transferência e a contratransferência; e a realidade psíquica do/no grupo. Através da análise do discurso em situação de grupo, foram elaboradas três categorias representantes da produção intersubjetiva: as formações intermediárias (porta-voz, porta-sintoma, porta-ideal), as modalidades de negatividade (a negatividade de obrigação e a negatividade radical) e o complexo fraterno. Conclui-se que a dependência química em mulheres é uma formação intermediária, representando aspectos denegados dos conjuntos intersubjetivos a que pertencem (família e instituição de tratamento). Através do pacto denegativo, a vulnerabilidade e o desamparo são expulsos da dinâmica intersubjetiva e intrapsíquica – marcas da feminilidade na constituição subjetiva. A aliança inconsciente fundamenta-se, portanto, na denegação dos elementos relacionados à dimensão do sensível, do corpo, da sexualidade, do desejo e da incompletude humana. A dependência química feminina configura-se como porta-voz do que é intolerável na feminilidade.

**Palavras-chave:** Feminilidade, Grupos, Psicanálise, Negatividade, Dependência, Mulheres

GOMES, Katia Varela. **The Chemical Dependency in Women**: figurations of a shared symptom. São Paulo, 2010, 226 p. Tese (Doutorado). Programa de Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

### ABSTRACT

The problems arisen from drug use, abuse and dependence became a global issue, mobilizing resources and interventional actions concerning recreational users and addicts. Among different groups of users there are women, with their own characteristics that demand specific research and treatment programs. This research aims at focusing the specificity of the feminine and drug dependence through theoretical psychoanalytical references about feminine sexuality and femininity. We will also use the concept of subject of a group that implies constituted subjectivity within and by inter-subjective groups, according to René Kaës. He states that negativity is in the base of every social tie, configuring unconscious alliances and intermediary formations regarding connections among subjects. In this sense, we propose a psychoanalytical investigative method about chemical dependency as a shared symptom aiming at: a) investigating the chemical processes related to symptoms production in chemical dependent women through speeches produced in a group situation; b) investigating the intermediary formations and the modalities of negativity in symptoms and social ties maintenance. We worked with a psychotherapy group in an Alcohol and other drugs Psychosocial Attention Center (CAPS ad). In our analysis we considered: the inter-discursivity and the linearity of the utterances; the transference and the counter-transference; the psychic reality of/in the group. Through discourse analysis, we elaborated three representative categories of the inter-subjective production: the intermediary formations (spokesperson, symptomatic-person, ideal-person), the modalities of negativity (the negativity of obligation and the radical negativity) and the sibling complex. We can conclude that chemical dependency in women is an intermediary formation, representing denied aspects of the inter-subjective groups which they belong to (family and treatment institution). Through the pact of denial, the vulnerability and the defenseless are driven out of the inter-subjective and intra-psychic dynamic – which are aspects of the femininity in the subjective constitution. The unconscious alliance is founded, thus, on the denial of the elements related to the dimension of the sensibility, of the body, of the sexuality, of the desire and of the human incompleteness. The feminine chemical dependency takes form as the spokesperson of what is unbearable in femininity.

**Keywords:** Femininity, Groups, Psychoanalysis, Negativity, Dependence, Women

# SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	11
<b>1. A Dependência Química em Mulheres</b>	18
1.1. As drogas através dos tempos	28
1.2. Aspectos sociais da dependência química: modos de subjetivação na contemporaneidade	37
1.3. A dependência química e a compreensão psicanalítica	45
1.4. O tratamento e o dispositivo de grupo	59
<b>2. A Feminilidade na Compreensão Psicanalítica</b>	64
2.1. Ideal de Feminilidade: a mulher “planejada”	65
2.2. Freud e o feminino	74
2.3. Além do princípio do prazer: o trauma, o desamparo e a feminilidade	79
2.4. Para além da lógica fálica: <i>o que não é possível ver?</i>	89
<b>3. A Feminilidade Negada: a expulsão do estranho familiar</b>	99
3.1. A feminilidade negada	100
3.2. A negatividade, as alianças inconscientes e o pacto denegativo	107
3.3. O grupo e o Sujeito do grupo	113
3.4. A categoria do intermediário	124
<b>4. Método Psicanalítico e Dispositivo de Grupo</b>	129
4.1. Requisitos metodológicos	129
4.2. O enquadre e suas funções	131
4.3. Procedimentos	132
4.3.1. Local da pesquisa e histórico da instituição	132
4.3.2. O grupo	134
4.3.3. Sujeitos	135
4.3.4. Tratamento dos Dados	135
4.4. Análise dos dados	136
4.5. Questões éticas da pesquisa	137
<b>5. Resultados Obtidos e Análise dos Dados</b>	138
5.1. Breve histórico dos participantes do grupo	139
5.2. Análise das sessões	142

<b>6. Discussão dos Dados</b>	201
6.1. Funções e formações intermediárias: porta-voz, porta-sintoma, porta- ideal	201
6.2. Modalidades de Negatividade	204
6.3. Complexo Fraternal	206
<b>Considerações Finais</b>	209
<b>Referências</b>	215
<b>Anexo A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	226

## INTRODUÇÃO

A questão do uso e abuso de drogas tornou-se uma das preocupações mundiais, sendo enfatizada na mídia, em campanhas eleitorais e planos orçamentários governamentais internacionais. O tema impõe-se no cenário social e nas políticas de saúde pública.

O cenário atual é configurado pelos valores e modos de subjetivação da pós-modernidade: um livre desenvolvimento da personalidade íntima e da legitimação do prazer (LIPOVETSKY, 2005). Condições propícias para a utilização de substâncias psicoativas: hedonismo, individualismo, redução da carga emocional investida no espaço público e uma necessidade constante de ser transportado para outro mundo ou para “esquecer de tudo”. Vive-se a ilusão que *a felicidade é possível, ela está ao alcance de um objeto* e a dependência química é seu representante extremo, pois a mercadoria *precisa ser consumida*.

Para o atendimento da demanda, cada vez mais crescente, observa-se a criação de serviços especializados no tratamento da dependência química. Esses serviços se configuram através de uma “especialização da especialização”, ou seja, o atendimento para a dependência química é ramificado em núcleos separados por gênero e idade.

Esta “setorização” é explicada por alguns autores pela heterogeneidade entre os farmacodependentes, aliado à necessidade de encontrar tratamentos e estratégias de prevenção mais eficazes, delimitando subgrupos de dependentes que poderiam beneficiar-se de abordagens mais dirigidas (HOCHGRAF; ANDRADE, 2004).

Entre esses subgrupos destacamos *as mulheres*. Existiria uma especificidade na dependência química desse grupo?

Os estudos epidemiológicos nacionais indicam um crescente aumento de mulheres dependentes químicas, considerando-se alta a prevalência de problemas relacionados ao consumo de drogas entre as mulheres (CARLINI *et al.*, 2006).

Do ponto de vista do tratamento, Hochgraf e Andrade (2004) apontam que historicamente foram sendo desenvolvidos mitos em relação ao tratamento das mulheres farmacodependentes, entre eles: a mulher farmacodependente evolui pior e adere menos ao tratamento do que os homens. Um dos agravantes que contribuem para esse aspecto é a escassez de pesquisas na área da farmacodependência feminina, sendo que algumas

pesquisas com homens eram indevidamente generalizadas para as mulheres (HOCHGRAF, 1995; ZILBERMAN, 2003; BRASILIANO, 2005). O mesmo fenômeno pode ser observado nos programas terapêuticos, configurados a partir das pesquisas e necessidades masculinas, não sendo consideradas as diferenças entre os sexos: fisiológicas, psicológicas ou sociais (BRASILIANO, 2005).

Outro problema apontado é a carência de serviços especializados no atendimento da saúde mental da mulher, pouco treinamento dos profissionais da saúde e escassez na produtividade de pesquisas no Brasil (RENNÓ JR. *et al.*, 2005).

Hochgraf e Andrade (2004) apresentam uma diferença nos problemas trazidos pelos dois subgrupos – homens e mulheres farmacodependentes. Os homens farmacodependentes têm mais problemas legais e profissionais, as mulheres têm mais problemas físicos e familiares. Nos tratamentos mistos, os interesses masculinos predominam, em função do menor número de mulheres. Já nos grupos específicos é favorecida a discussão de questões femininas importantes – *abuso sexual, violência doméstica, preocupação com os filhos, preocupação com o corpo, baixa autoestima*. Essas diferenças justificam uma preocupação com a especificidade do tratamento da dependência química em mulheres.

No entanto, os fatores apresentados são provocativos e inquietantes: as questões femininas – *abuso sexual, violência doméstica, preocupação com os filhos, preocupação com o corpo, baixa autoestima* – são fatores que dizem respeito apenas às mulheres? Podemos supor que esses aspectos são relacionais e que, portanto, não excluem a presença da figura masculina nessas discussões. Porém, deve-se considerar a dificuldade de permanência das mulheres em grupos mistos e a dificuldade para abordar esses temas em outro contexto diferente do grupo homogêneo. Além disso, em grupos mistos, os homens demonstram preocupação com a abstinência: o uso e suas recaídas. Já as mulheres costumam ter como questão as relações interpessoais, sua vida emocional, suas inquietações com o cotidiano, etc. (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006). Portanto, qual a função e qual o efeito dos grupos homogêneos no tratamento da dependência química em mulheres?

Consideramos que a especificidade das características desse grupo e a escassez de pesquisas nessa área, colocam a dependência química feminina como um *enigma a ser desvendado* e um tema fundamental para a pesquisa científica.

No entanto, a dificuldade para uma abordagem específica dos aspectos femininos não está apenas presente nos estudos sobre dependência química. A sexualidade feminina também é terreno obscuro e ambíguo na psicanálise, principalmente nos escritos de Freud, onde encontramos referências como um *enigma a ser desvendado*, ou as indagações: *as mulheres têm cura? O que quer uma mulher?*

A sexualidade feminina e a mulher são investigadas sob a ótica da sexualidade masculina, como o seu *negativo*. Trata-se, portanto, de *ter* ou não *ter* o “falo”, símbolo da sexualidade humana e do Complexo de Castração. A primazia do falo nas teorias psicanalíticas é discutida, por alguns autores como, Monique Schneider e Joel Birman, que procuram desconstruir um discurso naturalista da mulher, principalmente, a partir dos modelos preconizados na modernidade e que marcaram profundamente a construção teórica da psicanálise. Assim, pretende-se contribuir com uma perspectiva da feminilidade como positividade da constituição psíquica, diferente da negatividade marcada pela ausência do falo.

No entanto, quais os fatores que contribuem para a negação do feminino como um modo singular de subjetivação? *O que Freud não quis ver?* Considera-se que essa operação de exclusão do feminino na construção psicanalítica é o resultado de um trabalho intersubjetivo, como postula René Kaës e Monique Schneider, *expulsando* determinados conteúdos indesejáveis. A exclusão do feminino na história e movimento psicanalítico cumpriu algumas funções, não só através de Freud, mas foi fruto de um trabalho coletivo, como analisam esses autores.

É sob o enfoque da intersubjetividade que nos pautamos. Utiliza-se a concepção de René Kaës sobre o *sujeito do grupo*, que supõe uma subjetividade constituída nos e pelos grupos. Essa proposição interroga o objeto básico da psicanálise: o Inconsciente, que nessa concepção, é constituído e apoiado em um outro (ou mais de um outro). Além disso, os grupos se organizam *positivamente* sobre ideais e crenças comuns, mas também *negativamente* sobre pactos de renúncias, sacrifícios e expulsão de conteúdos representados por formações intermediárias – *porta-voz* e o *porta-sintoma*. Portanto, as alianças inconscientes configuram todo laço social.

Nota-se que, a composição teórica desse trabalho fundamenta-se em rupturas com algumas concepções – a centralização do modelo falocêntrico e a supremacia do inconsciente individual. Com isso, pretende-se contribuir com um novo enfoque na compreensão da dependência química em mulheres.

Portanto, ao utilizar esses referenciais teóricos, algumas questões nos norteiam: há uma relação entre a negação do feminino e a produção de sintoma, ou seja, a dependência química? A negação do feminino na psicanálise cumpre determinadas funções de organização psíquica e na construção dos postulados teóricos, quais as funções dessa operação na questão da dependência? Qual a relação entre o feminino negado, os aspectos intersubjetivos e a dependência química?

O tema dessa pesquisa surgiu a partir da experiência como psicóloga numa unidade de tratamento para a dependência química – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), num município de São Paulo. No início das atividades para o tratamento nessa unidade, os grupos psicoterapêuticos eram mistos, ou seja, com a presença de homens e mulheres de diversas idades, usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas.

Foram observadas dificuldades de permanência das mulheres nesses grupos mistos, considerando-se que essas se encontravam em minoria e eram constantemente “atacadas” pelo público masculino, com o seguinte discurso: “homens podem beber e mulheres não”, “para os homens já é feio beber, imagina para as mulheres”, “as mulheres que bebem são ‘fáceis’”, “as mulheres que estão na ‘bocada’ são vagabundas ou prostitutas”, “as mulheres usuárias fazem qualquer coisa para usar, não é verdade?”. Considera-se que a dinâmica observada nesses grupos apontava preconceitos sociais e estereótipos ligados a valores morais relacionados ao ato de “beber” e consumir outras drogas.

A partir de então, foram criados grupos psicoterapêuticos específicos para as mulheres. Houve maior permanência e alguns relatos de mulheres revelaram singularidades na prática do uso/abuso de substâncias psicoativas.

Em alguns casos de alcoolismo, as mulheres relatavam o uso da bebida alcoólica sem o conhecimento de sua família, escondendo a substância nos móveis e utensílios domésticos. No uso/abuso de substâncias psicoativas ilícitas, o início do uso era compartilhado com o companheiro, sendo que as drogas eram trazidas por este, muitas revelaram que não teriam coragem de ir buscar a substância. Em outros casos, o início do uso do álcool foi utilizado como forma de se defender fisicamente e emocionalmente das agressões e de um histórico de violência familiar: “eu ficava mais forte, quando bebia e conseguia enfrentar o meu marido, quando ele me batia”.

Os relatos nos grupos de mulheres abordavam a ausência e perda da figura materna; a dor da separação; a angústia relacionada à maternidade; o sofrimento diante da solidão; a imposição do meio social para assumir as responsabilidades de mãe e pai dos filhos. Atribuem algumas funções para o álcool em suas vidas: como “amigo” nas horas difíceis, o companheiro que fortalece; que desinibe sexualmente e/ou que aumenta o apetite sexual; que oferece forças para enfrentar o marido; que ajuda a enfrentar os afazeres de casa; que possibilita falar para a família, o que não consegue falar de outro jeito; ou para o medicamento que faz “dormir e esquecer a vida”.

Outro aspecto importante é o relato de algumas mulheres sobre uma “angústia diante de um vazio”, “que não é mais fome, porque esse vazio não vai embora”. A impossibilidade de compreender e “suportar” esse vazio era relacionado ao uso da substância. Mas, após o efeito da droga, elas se deparavam com a culpa e com o sofrimento.

Ao construir o campo das hipóteses dessa pesquisa, algumas questões serão discutidas: como tratar teoricamente (metapsicologicamente) esse “vazio”? Devemos considerá-lo um “vazio” patológico apoiado na ausência de figuras identitárias? Um “vazio” próprio da atualidade? Ou um “vazio” próprio da condição desejante, como postula a psicanálise, mas vivido como insuportável diante das imposições de consumo e apelo à completude na atualidade?

Considera-se que a dependência química é uma nova forma de subjetivação frente ao desamparo e a incompletude insuportável na atualidade. Incompletude insuportável diante das ofertas de consumo que pressupõem objetos imprescindíveis e “necessários”.

Considerando que o sintoma é produzido numa dinâmica intersubjetiva, social e histórica. Essa pesquisa tem como objetivos: a) investigar os processos psíquicos (intrapsíquicos e intersubjetivos) relacionados à produção de sintomas em mulheres dependentes químicas, através dos discursos produzidos em uma situação de grupo; b) investigar as formações intermediárias, como também, as modalidades de negatividade na manutenção do sintoma e do laço social.

Baseamo-nos na hipótese que a dependência química é uma formação intermediária, representando conteúdos indesejáveis e recusados pelos conjuntos intersubjetivos a que pertencem. Como formação intermediária, mantém e sustenta o laço social, atribuindo a cada membro do grupo lugares e funções determinadas.

Pretende-se colaborar, também, com a reflexão sobre a função do tratamento da dependência química, considerando que esse poderá exercer uma função encobridora dos sentidos do uso. Nesse caso, propõe-se a concepção de tratamento da dependência da proposta de redução de danos e a investigação psicanalítica dos aspectos “ocultados” pelo sintoma.

Este trabalho foi dividido em seis capítulos e as considerações finais. A estrutura do trabalho representa seus eixos principais: a dependência química em mulheres, o feminino e a intersubjetividade.

O primeiro capítulo centraliza-se no tema da dependência e tratamento. Inicialmente, procuramos apresentar a problemática da dependência química em mulheres, priorizando recentes pesquisas sobre o tema. Considerando os aspectos histórico-sociais relacionados ao fenômeno estudado, apresentamos o percurso histórico da sacralização à marginalização de determinadas substâncias psicoativas e de grupos de usuários, essa transformação é analisada pela contextualização social da pós-modernidade. Desenvolvemos as concepções psicanalíticas sobre a dependência química, priorizando linhas de investigação que incluem a noção de intersubjetividade e, finalizamos o capítulo com o tratamento e o dispositivo de grupo.

No segundo capítulo, desenvolvemos as concepções psicanalíticas sobre a sexualidade feminina e a feminilidade. Procurou-se, nesse capítulo, contextualizar as concepções da psicanálise pelos ideais da modernidade, atribuindo lugares determinados a mulher. Dessa forma, são discutidas as contradições, ambigüidades e aspectos negados na construção teórica psicanalítica, sendo questionado o postulado da lógica fálica que coloca o feminino como o negativo do masculino.

No terceiro capítulo, apresentamos as concepções de Monique Schneider sobre os conteúdos denegados relacionados ao feminino, através do pacto denegativo. Nesse capítulo são apresentadas as concepções teóricas de René Kaës sobre o sujeito do grupo, a negatividade e as formações intermediárias. O objetivo desse capítulo é a apresentação dos principais postulados que norteiam a investigação e a análise dos conteúdos produzidos numa situação de grupo e que consideram a proposição da intersubjetividade central para a compreensão dos fenômenos psíquicos.

No quarto capítulo, apresentamos os requisitos metodológicos e os procedimentos adotados neste trabalho, que consistiu na análise do discurso de mulheres num grupo psicoterapêutico aberto. Foram 16 (dezesesseis) sessões analisadas

com a presença de 16 (dezesesseis) mulheres, em momentos diferentes da pesquisa. Os critérios de análise utilizados foram: a interdiscursividade e a linearidade dos enunciados, a sincronia das enunciações e os efeitos de ressignificação; a configuração transferencial e contratransferencial; e a realidade psíquica do/no grupo, propostos por René Kaës (2005b). Apresentamos também, os procedimentos éticos desta pesquisa.

No quinto e sexto capítulos, apresentamos a análise do discurso das mulheres em situação de grupo. A análise foi realizada sessão a sessão, através de uma leitura dos enunciados, das formações intermediárias e conteúdos denegados. No sexto capítulo, os conceitos identificados na análise das sessões foram divididos em: formações intermediárias, onde são identificadas as figuras do porta-voz e porta-sintoma e seus respectivos conteúdos; modalidades de negatividade, onde são desenvolvidos os pactos de renúncia e denegativos nas alianças inconscientes estabelecidas pelo grupo; e o complexo fraterno (KAËS, 2005a), identificado nas sessões em que prevalecem os vínculos de rivalidade fraterna, ampliando a noção de Complexo de Édipo, desenvolvido por Freud.

Nas considerações finais, retomamos as questões norteadoras, as hipóteses e os objetivos do trabalho. Apresentamos a proposição que a dependência química em mulheres é uma formação intermediária, configurando-se como porta-voz do que é intolerável na feminilidade.

## 1. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES

*O horror vem se projetar na face daquele mesmo  
que não soube reconhecer o lugar do outro.  
O Universo, os Deuses e os Homens de Jean-Pierre Vernant*

Define-se como dependência química ou o uso nocivo “um padrão de uso de substâncias psicotrópicas que está causando dano à saúde”, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças 10 – CID-10 (OMS, 1993), alguns sinais são necessários para a identificação da dependência. São eles:

- Compulsão para o consumo – experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância.
- Aumento da tolerância – a necessidade de doses crescentes de uma determinada substância para alcançar os efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
- Síndrome de abstinência – o surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicotrópica cessou ou foi reduzido.
- Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento de consumo.
- O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
- Estreitamento ou empobrecimento do repertório, ou seja, as referências internas ou externas baseiam-se exclusivamente no alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais.
- Persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências nocivas.

No entanto, como apontam alguns autores, o uso de drogas não é um fenômeno contemporâneo. É um fenômeno universal e tão antigo quanto à própria humanidade. O uso ocasional de álcool data de 250 mil anos atrás, derivados de opióides são utilizados desde 3000 a.C., o consumo de cânhamo remonta a Antiguidade e há, pelo menos, 5 mil anos folhas de coca têm sido utilizadas. O alcoolismo foi considerado doença desde a metade do século XVIII e a toxicomania foi definida pela medicina no fim do século

XIX (ESCOHOTADO, 2004; ARAÚJO; MOREIRA, 2006; BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Portanto, considera-se pouco provável que, na história da humanidade, o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas estivessem restritos ao público masculino. O estudo sistemático com mulheres dependentes químicas ocorreu nos últimos cinquenta anos e as abordagens que atendam as necessidades desse subgrupo há uns vinte anos (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006; BLUME, 1986).

A escassez de pesquisas com esse subgrupo foi identificada, a partir das reivindicações dos movimentos feministas americanos pela criação de programas terapêuticos mais adequados e sensíveis às prioridades femininas, nos anos de 1980. Como exemplo, no período entre 1970 e 1984, em estudos sobre alcoolismo, somente 8% dos sujeitos estudados eram mulheres e entre 1984 e 1989 somente 25 estudos sobre dependência relatavam diferenças entre os sexos (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Uma das razões apontadas para essa ausência de pesquisas seria a menor prevalência na dependência de substâncias psicoativas entre mulheres. Os dados epidemiológicos publicados recentemente revelam que a prevalência é predominantemente masculina.

No Brasil, no II Levantamento Domiciliar realizado em 2005, verificou-se uma prevalência masculina para a dependência ao álcool, entre os homens encontrou-se uma proporção de 19,5% e entre as mulheres 6,9% (CARLINI *et al.*, 2006).

Porém, evidenciam-se as diferenças na prevalência de acordo com a faixa etária. Na faixa etária entre 12 e 17 anos, encontrou-se a proporção de 7,3% em homens e 6,0% em mulheres. Em outras faixas etárias, essa diferença muda significativamente, entre 18 e 24 anos a proporção é de 27,4% em homens para 12,1% em mulheres. Entre 25 e 34 anos, encontrou-se uma proporção de 23,2% em homens para 7,7% em mulheres. Nessas faixas etárias, a diferença permanece entre 15,3% a 15,5%. Porém, na idade acima de 35 anos, a diferença reduz significativamente, com 10,4% em homens e 5,4% em mulheres (CARLINI *et al.*, 2006).

Esse quadro apresenta uma mudança quando se trata de benzodiazepínicos, estimulantes e analgésicos (opiáceos) existindo uma prevalência de *uso na vida* em mulheres em relação aos homens em todas as faixas etárias, cerca de duas a três vezes mais que os homens. Comparando-se com o I Levantamento Domiciliar em 2001, houve um aumento da prevalência de uso em mulheres para o álcool, tabaco, maconha,

solventes, cocaína, estimulantes, solventes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, esteróides e barbitúricos (CARLINI *et al.*, 2006).

Portanto, a menor prevalência de mulheres dependentes químicas como justificativa para a ausência de pesquisas na área não é argumento suficiente e alguns autores atribuem a esse fato o estigma social sofrido por esse subgrupo:

Historicamente, os padrões de uso de substâncias entre as mulheres têm variado e a interpretação social deles também, o que provoca impacto não somente nas atitudes frente ao uso feminino quanto na disponibilização de programas e na resposta ao tratamento (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2006, p. 290).

Além do estigma social, autores indicam a falta de treinamento das equipes primárias de saúde, principalmente na capacitação para efetuar o diagnóstico correto para queixas vagas de saúde física; a falta de serviços de atendimento específico para mulheres; a negligência ou a oposição de familiares, sendo que em algumas situações, o companheiro também é usuário. Esses fatores poderiam ser indicativos de um receio entre as mulheres para colaborar com pesquisas epidemiológicas ou procurar centros especializados de tratamento (ZILBERMAN, 2003; HOCHGRAF; ANDRADE, 2004).

Nas últimas duas décadas, algumas pesquisas comparativas apontam as especificidades e diferenças de tratamento entre homens e mulheres dependentes de substâncias psicoativas, enfatizando a importância do desenvolvimento de estudos voltados mais para a diferença entre as mulheres (e suas peculiaridades) do que a comparação de suas características com as dos homens (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Em relação à especificidade do grupo de mulheres, algumas diferenças importantes são apontadas. O início do uso está relacionado a ocorrências de eventos vitais como: morte do cônjuge ou uma separação, depressão, sentimentos de isolamento social, pressões familiares ou profissionais, abuso sexual na infância, etc.

As pesquisas envolvendo as especificidades e diferenças entre homens e mulheres são fundamentais, tendo em vista que a pequena participação das mulheres nas pesquisas teve como consequência uma ênfase no padrão de uso masculino, produzindo-se um viés, sendo o padrão masculino considerado a norma (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Entre as especificidades, citamos inicialmente algumas barreiras para a busca de tratamento e que estão relacionadas ao papel de esposa e mãe esperado pela sociedade:

vergonha e culpa por seu comportamento adicto; o medo de perder a guarda dos filhos, ao assumirem a dependência; a dificuldade em encontrar uma infraestrutura adequada como creches para os cuidados com os filhos no período de tratamento; o temor do julgamento nas situações de uso durante a gravidez, principalmente por um receio da política de considerar como crime passível de detenção; o uso de drogas como uma forma de “medicação” e alívio aos sintomas de depressão, irritabilidade e ansiedade; a carência de recursos financeiros e sociais para buscar outras formas alternativas de satisfação e gratificação após o tratamento (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

Cesar (2006) desenvolveu um estudo que tinha como objetivo discutir as peculiaridades do alcoolismo feminino e a importância de seu significado nos serviços especializados. Apresenta as discussões de pesquisadores sobre os estigmas sociais vividos pelas mulheres; imposição de códigos morais rígidos para o consumo de álcool entre as mulheres; a necessidade de problematização das discussões, a partir de um contexto histórico-cultural; e a necessidade de investigação do alcoolismo feminino, considerando as questões pertinentes à mulher no espaço social.

Através de uma pesquisa qualitativa, a autora apresenta algumas características desse grupo. Do grupo entrevistado (09 integrantes), 90% declararam o uso da bebida, no âmbito da esfera privada. A discussão apresentada está pautada nas diferenças de gênero e comportamento social, apontados como *estilos de desvios de gênero*, sendo que o comportamento do homem alcoolizado seria externalizado e as mulheres tenderiam para um comportamento mais retraído, ficando menos expostas e “internalizando emoções” (CESAR, 2006).

Outro aspecto discutido é a preservação da autoimagem da mulher, relacionada ao preconceito pelo uso de bebidas alcoólicas por esse grupo e pelos papéis sociais incompatíveis com esse ato (maternidade, postura feminina adequada, etc.). Por essa razão, segundo a autora, o ato de “beber” é escondido.

Outro dado discutido pela autora é a alta taxa de mulheres vítimas de violência física/sexual na infância/adolescência, 70% afirmaram ter sofrido algum tipo de violência física/sexual na infância e/ou adolescência. Desse grupo, duas começaram a utilizar bebidas alcoólicas na infância, três na adolescência e uma na idade adulta. Outro dado importante é o percentual de mulheres (80%) que sofreram violências domésticas e sexuais por parte dos companheiros.

Sobre esse aspecto, Zilberman e Blume (2005) apresentam algumas considerações sobre a relação entre violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas, através de uma revisão bibliográfica em literatura científica.

Segundo as autoras, a relação entre violência doméstica e uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas tem sido investigada por diversos autores, mas uma relação causal considerando que o uso, abuso ou dependência de substâncias causam violência doméstica não pode ser inferida. A violência doméstica é definida como “qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional perpetrado por um parceiro contra o outro, em um relacionamento íntimo passado ou atual.” (ZILBERMAN; BLUME, 2005, p. S52).

Irons e Schneider (*apud* ZILBERMAN; BLUME, 2005) associam os comportamentos dos perpetradores de violência doméstica aos dos dependentes de substâncias psicoativas como, por exemplo, a perda de controle; a manutenção do comportamento, apesar das consequências adversas; negação; minimização e ciclo de progressivo aumento; culpabilização dos outros; e promessas de mudança.

Tanto mulheres como homens consideram uma vítima intoxicada mais responsável que o perpetrador da violência intoxicada. *Culturalmente, mulheres com dependência química são consideradas como mais disponíveis sexualmente, levando à noção de que a agressão sexual contra elas é aceitável.* (ZILBERMAN; BLUME, 2005, p. S52, grifo nosso).

O uso de substâncias psicoativas (pelo perpetrador, pela vítima ou por ambos) está envolvido em até 92% dos casos notificados de violência doméstica. O álcool atuaria como desinibidor e os estimulantes como cocaína, crack e anfetaminas reduzem a capacidade de controle dos impulsos e aumentam as sensações de persecutoriedade. Nesse sentido, ambas as substâncias *facilitariam* a violência. O estupro e outras formas de vitimização são frequentes entre mulheres com problemas de uso de substâncias psicoativas em comparação a outras mulheres na população geral (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

Segundo as autoras, o álcool e outras drogas são geralmente utilizados por mulheres como automedicação da dor decorrente de situações de violência doméstica e traumas, sendo que um alto índice de mulheres em tratamento por problemas com álcool e outras drogas relatam episódios de vitimização, tanto como resultado de seu uso como do uso de seus parceiros.

Outro aspecto discutido pelas autoras é a prevalência nos casos de abuso/dependência de substâncias psicoativas e abuso sexual na infância, sendo que os casos relatados são significativamente mais altos que os encontrados na população geral. Assim, sugere-se uma possível relação entre esses dois aspectos, associados a uma morbidade psiquiátrica (ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e depressão).

Em outra pesquisa são discutidas as possíveis relações entre o ambiente familiar e o alcoolismo em mulheres. Foram estudadas 30 mulheres alcoolistas que frequentavam um programa de atendimento específico para mulheres dependentes químicas e 32 mulheres não alcoolistas. O objetivo do trabalho foi investigar aspectos do funcionamento familiar ao longo de três gerações, considerando-se que o ambiente familiar é constantemente relacionado ao alcoolismo na literatura, mas existem poucos estudos sobre as famílias de mulheres alcoolistas (GUIMARÃES, 2009).

Os resultados encontrados foram alianças disfuncionais nas famílias de alcoolistas como, por exemplo: conflitos com a mãe, companheiro e avô paterno; “superenvolvimento” com o pai; e a presença de conflitos conjugais em todas as gerações. O abuso de álcool foi encontrado nas mães e companheiros das mulheres alcoolistas, como também, a presença de abuso físico, sexual e/ou psicológico. Concluiu-se nESSE trabalho que as famílias das mulheres alcoolistas são mais disfuncionais em vários aspectos e que muitos desses padrões disfuncionais são transmitidos ao longo das gerações.

Além dos aspectos familiares e das características específicas das mulheres alcoolistas, outro aspecto importante desenvolvido por Brasiliano e Hochgraf (2006) é a associação entre transtornos alimentares e dependência de substâncias. A importância dessa relação entre os transtornos, segundo as autoras, está pautada na necessidade de caracterização de subgrupos heterogêneos, contrapondo-se a uma concepção homogênea da dependência química entre mulheres; como também, investigar a relação entre comorbidade e evolução no tratamento<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Considera-se que as pesquisas e discussões a respeito da relação entre comorbidade e evolução no tratamento são controversas. De acordo com o Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 2005) *apud* Brasiliano e Hochgraf (2006), a comorbidade influencia a apresentação, a permanência e a evolução dos pacientes dependentes em tratamento. Estudos diferenciados encontram resultados opostos em relação à evolução no tratamento, enquanto que Brasiliano (2005) aponta não existir influência da comorbidade em relação à resposta ao tratamento.

Foram pesquisadas oitenta mulheres dependentes de álcool e outras drogas que procuraram tratamento em um programa exclusivo para mulheres. As 27 (33,75 %) mulheres que apresentavam transtornos alimentares (TA) foram comparadas com as 53 (66,25 %) mulheres que não tinham essa comorbidade. Os dados encontrados mostraram que as mulheres com TA tiveram problemas com drogas precocemente e apresentavam maior severidade no uso comparando-se com o grupo sem TA.

Os dados encontrados nessa pesquisa apresentam subsídios para a discussão, já levantada por alguns autores, sobre a prevalência de patologias alimentares subclínicas e parciais em pacientes de álcool e drogas. Discute-se a relação entre a utilização de determinadas drogas (anfetaminas), a cultura da magreza e a pressão social exercida sobre as mulheres para alcançarem o modelo de imagem corporal perfeita, sendo que no Brasil, o uso de anfetaminas como agente redutor de peso é mais difundido que em outros países (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

A partir das informações e dados de pesquisas recentes, ressaltamos o aumento do uso de substâncias psicoativas em mulheres e para algumas substâncias, o uso é maior do que o dos homens (CARLINI *et al.*, 2006).

Zilberman (2003) sugere que esse aumento corresponde à maior aproximação dos papéis sociais de homens e mulheres. A autora discute uma dificuldade no estudo das diferenças de gênero no campo das dependências no que diz respeito à atribuição de causas para as diferenças observadas, principalmente, no desenvolvimento mais acelerado das complicações decorrentes do consumo de álcool. Esta ausência de estudos específicos provoca um questionamento se a maior vulnerabilidade das mulheres estaria relacionada aos efeitos farmacodinâmicos das drogas ou aos determinantes psicológicos e sociais, ou ainda uma combinação de ambos.

Considera-se que a dependência química é um aspecto complexo e envolve múltiplos fatores determinantes, como já é amplamente discutido na literatura específica. Em alguns trabalhos é discutida a relação entre o sofrimento psicossocial das mulheres e os serviços públicos de saúde.

Carvalho e Dimenstein (2003, 2004) discutem sobre o modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. As autoras estabelecem uma relação entre a mulher e o serviço de saúde, produzindo-se nesse espaço: “[...] um discurso naturalizado que subjuga a mulher, desconsiderando os modos de existência

particulares, as singularidades e a diversidade das maneiras de sentir e pensar de cada sujeito.” (p. 121).

O efeito dessa produção, segundo as autoras, é uma modelagem, serialização e homogeneização das subjetividades que afastam a perspectiva do cuidado preconizado pela atividade assistencial (AYRES, 2001). Essa perspectiva também compõe a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

A dependência de drogas revela a heterogeneidade dos usuários, afetando as pessoas de diferentes maneiras e em diferentes contextos. Diante desse fato, faz-se necessário um reconhecimento do usuário em sua singularidade, suas características e demandas, exigindo a busca de novas estratégias de vínculo e tratamento. Porém, a singularidade feminina não é reconhecida, ocasionando a submissão dos sujeitos a um modelo hegemônico:

[...] podemos considerar que o modelo de atenção à saúde, hegemônico, não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, o qual funciona como dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p. 122).

As formas encontradas para o tratamento dessas mulheres, segundo as autoras, é a “medicalização do mal-estar” como forma de controle da tensão gerada nas relações sociais: “Em outras palavras, as pessoas recorrem a calmantes, na esperança de escapar das pressões sociais, familiares ou do trabalho ou torná-las, ao menos, toleráveis” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p. 122).

O problema principal que se discute nesta forma de intervenção e tratamento é a crença de que o problema deve ser abolido da forma mais rápida, sendo que o medicamento transforma-se no bem-estar, na saúde ou mesmo na felicidade dessas mulheres. Esta forma de intervenção predomina nos serviços de saúde, impossibilitando as mulheres de um desenvolvimento da capacidade autorreflexiva sobre as reações de seu corpo e de sua sexualidade, e possíveis processos de transformação nas relações estabelecidas com o seu cotidiano (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003, 2004).

Portanto, nesse contexto, a relação estabelecida entre a mulher e os serviços de saúde está marcada por relações de poder, caracterizada pelo ato de prescrever o medicamento, reduzindo a descoberta de outras possibilidades de enfrentamento dos

problemas e negando as mudanças adquiridas no processo sócio-histórico para este grupo:

Diante do contexto atual, percebemos que ocorreram mudanças em relação às mulheres no decorrer do tempo, que resultaram em uma diversificação de suas necessidades de atenção. Porém, a assistência dirigida a elas não avançou, não acompanhou a complexidade de sua inserção na sociedade, e por isso, suas necessidades não estão sendo atendidas de forma contextualizada. A maioria das mulheres tem um cotidiano sobrecarregado de demandas e tarefas, que não é levado em conta no momento do atendimento, e o resultado é um número crescente de mulheres adoecendo e sendo submetidas ao uso de tranquilizantes como forma de suportar as dificuldades de seu dia-a-dia (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003, p. 49).

No entanto, existiria uma relação entre a medicalização do sofrimento feminino e o uso abusivo/dependência de outras drogas (lícitas e ilícitas)?

É notório que as substâncias psicoativas têm efeitos diferenciados nos sujeitos e ocupam diferentes lugares sociais, algumas são mais aceitas e até estimuladas em determinados grupos sociais (ansiolíticos) e outras (drogas ilícitas e o uso abusivo do álcool) tornam-se alvo de críticas e preconceitos para quem as utiliza.

Mas, o que é necessário salientar é a forma como as equipes de saúde lidam com a problemática e o sofrimento feminino, evidenciando um despreparo das equipes de saúde no atendimento da saúde mental da mulher (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006; RENNÓ JR. *et al.*, 2005). Muitas vezes, a mulher dependente química procura os serviços com outras queixas, cabendo aos profissionais a identificação de outras demandas que ultrapassam os sintomas orgânicos e fisiológicos (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006). Mesmo quando as demandas são identificadas ou são explicitadas, essas mulheres tornam-se alvo de preconceito e são estigmatizadas, abandonando os serviços.

A concepção estigmatizante desse grupo norteia as ações e intervenções, aspecto discutido por Carvalho e Dimenstein (2003, p. 50):

A lógica expressa por esse profissional é de que a cachaça está para o homem assim como o Diazepan está para a mulher, ou seja, são vistos e utilizados como uma saída para muitos problemas. Dessa forma, a prescrição desse medicamento é justificada de maneira preconceituosa, como sendo coisa de mulher, baseando-se em valores machistas, que infelizmente ainda alicerçam as bases de nossa sociedade [...] Na medida em que são vistas como fracas [as mulheres], é criada a necessidade de uso de alguma coisa que venha devolver-lhes o equilíbrio perdido, ajudando-as a se controlarem diante dos problemas do seu dia-a-dia.

A utilização do medicamento por mulheres é visto como algo natural pela sociedade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003) e o abuso e dependência de bebidas alcoólicas? E o abuso e dependência de outras substâncias psicoativas?

Na análise de Carvalho e Dimenstein (2003, 2004), os profissionais “permitem” apenas o uso de medicamentos para as mulheres, pois o álcool seria “permitido” apenas para os homens – “medicamento é *coisa de mulher*”.

Segundo Hochgraf e Brasiliano (2006), o estigma para a utilização de substâncias psicoativas é maior para as mulheres. Este subgrupo é mais comumente associado aos estereótipos de maior agressividade, tendência à promiscuidade e falhas no cumprimento do papel familiar. Este processo está associado aos valores morais que foram construídos a partir das concepções religiosas católicas.

Na Bíblia do Velho Testamento existe uma afirmação que a mulher grávida não deveria beber, mas nos séculos XVII e XVIII esse era um hábito comum e socialmente aceito. Com o surgimento da burguesia, a sociedade passou a atribuir ao álcool um significado quase demoníaco, e no século XIX, “beber” foi considerado um hábito da classe social baixa. Para as mulheres, o hábito foi associado à prostituição e à perda de valores morais (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2006).

Isto significa que o hábito no consumo de determinadas substâncias psicoativas são construídos e transformados historicamente, juntamente com uma valoração moral sobre o ato e sobre o comportamento de determinados grupos. Conforme discutido pelos autores anteriormente, a mulher sofre um estigma em relação ao uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas, aspecto, a nosso ver, diretamente relacionado às exigências e lugares sociais ocupados por ela. Supõe-se uma construção conjunta na manutenção de determinados lugares sociais e a participação de uma rede de relações intersubjetivas.

Portanto, fundamenta-se que a utilização das substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) é uma produção intersubjetiva, que se estabelece na relação entre a mulher e seu médico, a mulher e os serviços e profissionais de saúde, a mulher e sua família, a mulher e a sociedade. Tal argumento baseia-se na articulação central deste trabalho, a compreensão do sujeito como um *sujeito do grupo*, produzido nas e pelas relações intersubjetivas (KAËS, 1997, 2000, 2005a).

Portanto, o eixo fundamental deste trabalho não é apenas identificar apenas as diferenças de gênero e a relação com a dependência química, mas investigar o que é produzido nas relações intersubjetivas em relação à dependência química em mulheres.

Evidencia-se que os valores morais e noção de perigo associada ao uso de álcool não é *natural*, mas é fruto de um processo construído (e em construção) historicamente e socialmente.

Pretende-se colocar em discussão a abordagem exclusivamente farmacológica da questão da droga, ampliando para uma compreensão dos aspectos individuais e subjetivos (e intersubjetivos), como também, os sociais no uso de substâncias psicoativas. Nesta abordagem biopsicossocial, não existe droga *a priori*, e sim um consumidor ativo: “não necessariamente dotado de uma personalidade patogênica, mas alguém que, como todo ser humano, utiliza símbolos para se comunicar consigo mesmo e com seu ambiente.” (MACRAE, 2010, p. 27).

Para tanto, recorreremos às pesquisas que investigam “a droga” em diferentes significados e ocasiões, através de um percurso histórico, que nos permita discutir as variações nos modos de concepção desse fenômeno.

### **1.1 As drogas através dos tempos**

As primeiras drogas apareceram em plantas ou partes de plantas, como resultado de uma co-evolução entre reino botânico e reino animal. Nos períodos anteriores a adoção da agricultura e da domesticação de animais (período Neolítico), a humanidade aprendeu a selecionar os produtos da flora, obtendo os alimentos, como também, algumas substâncias de múltiplos usos, atualmente denominadas substâncias psicoativas, abrangendo embriagantes, remédios, estimulantes, sedativos e alucinógenos para uso em rituais sagrados (ESCOHOTADO, 2004; CARNEIRO, 2010). Segundo Escotado (2004), a relação entre comer determinado fruto e alcançar o paraíso, poderia ter reminiscências nas experiências de transe e nos efeitos provocados pela ingestão de determinadas substâncias vegetais psicoativas.

Considera-se que as drogas são tão antigas quanto à humanidade e estão intimamente associadas à vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos. São encontradas menções ao uso medicinal do ópio em tábuas sumérias do terceiro milênio a.C., em cilindros babilônicos, em imagens da cultura cretense-micênica e em hieróglifos egípcios. A cultura da papoula se origina na Europa e Ásia Menor, o cânhamo provém da China em 4.000 a.C. Na Índia, a tradição brâmane considerava que o cânhamo agilizava a mente, outorgava longa vida e potencializava os desejos sexuais.

O uso de bebidas alcoólicas remonta à pré-história e seu emprego como medicamento foi mencionado nas tábuas de escritura da Mesopotâmia em 2.200 a.C. (ESCOHOTADO, 2004; CARNEIRO, 2010; MACRAE, 2010).

No decorrer da história, as substâncias psicoativas sempre estiveram também presentes em diversos rituais festivos ou religiosos. Cita-se como exemplo, o Xamanismo, um sistema religioso dos povos asiáticos setentrionais (Sibéria), em que o xamã tem papel central como agente capaz de interceder junto aos espíritos, considerados responsáveis pelos acontecimentos bons e maus. As práticas do Xamanismo preconizam a utilização da droga para a adivinhação mágica em cerimônias religiosas ou terapêuticas, estimulando o êxtase como um transe que elimina barreiras entre a vigília e o sonho, o céu e a terra, a vida e a morte e conseqüentemente, possibilita a comunicação com os espíritos (ESCOHOTADO, 2004).

Para algumas culturas, a ebriedade é uma experiência religiosa e mística. Em algumas civilizações, a utilização das substâncias psicoativas procura atingir um *frenesi* e o desaparecimento da consciência crítica (possessão), quanto mais intenso o arrebatamento e o distanciamento da lucidez e memória, mais reparadora será a experiência. Em outras, a experiência proporciona uma excursão psíquica introspectiva (viagem), potencializando os sentidos sem apagar a memória.

Os cultos a Dioniso<sup>2</sup> na Grécia, também, incitavam a ebriedade e transformaram o vinho em um perigo social e individual. O vinho, símbolo de Dioniso, era utilizado nos rituais que suspendia todas as fronteiras da identidade pessoal e apelava a periódicas orgias (ESCOHOTADO, 2004).

Detalharemos um pouco mais o mito de Dioniso, desenvolvido em *As Bacantes* de Eurípedes, por ser pertinente a nossa discussão, destacando principalmente o papel das mulheres neste mito e o conflito entre Dioniso e Penteu.

No panteão grego, Dioniso é um deus errante, vagabundo, “um deus de lugar nenhum e de todo lugar”. No entanto, exigia ser reconhecido pelas cidades por onde passava e também, assegurar seu culto em Tebas, sua cidade natal. Paradoxalmente, vagabundo e sedentário, representa, entre os deuses gregos, a figura do outro, do que é diferente, desnorteante, desconcertante e anômico (VERNANT, 2000; LOUREIRO; LESCHER, 2006).

---

<sup>2</sup> Utiliza-se Dioniso, ao invés de Dionisio, a partir da referência de Vernant (2000).

Penteu, rei de Tebas, por sua vez, encarna o homem grego, uma forma “aristocrática de comportamento”, caracterizada pelo autocontrole e pela capacidade de raciocinar. Além disso, o homem grego domina os seus desejos e paixões e por essa razão, tem certo desprezo pelas mulheres, vistas como seres que se abandonam com facilidade às emoções (VERNANT, 2000).

Segundo a Mitologia, Dioniso irrita Penteu por provocar um escarcéu nas ruas de Tebas com as mulheres lídias<sup>3</sup> - sentam-se, comem e dormem ao relento. O propósito de Dioniso era restabelecer um vínculo com o divino, não durante uma festa ou cerimônia, mas na vida humana, política e cívica de Tebas:

Pretende introduzir um fermento que abra uma dimensão nova na vida diária de cada um. Para isso, deve enlouquecer as mulheres de Tebas, essas matronas solidamente implantadas em seu estatuto de esposas e mães, e cujo modo de vida é diametralmente oposto ao das mulheres lídias que compõem o séquito de Dioniso. (VERNANT, 2000, p. 153).

São as mulheres tebanas que vão enlouquecer com os delírios do deus Dioniso: largam os filhos, deixam inacabados os afazeres domésticos, abandonam o marido e vão para as montanhas e para os bosques. Entregam-se a loucuras de todo tipo, provocando, ao mesmo tempo, admiração e escândalo aos camponeses (VERNANT, 2000).

No entanto, Penteu decide que o culto a um “estrangeiro”, como Dioniso, merece a morte. Persegue e condena a prisão os que celebravam o culto. Mas, tomado por uma curiosidade, Penteu decide assistir disfarçado aos cultos bacanais. Acaba por ser descoberto e é comido cru pela sua própria mãe e tias que haviam escapado para os bosques com outras mulheres para celebrarem a fusão do “visível e do invisível, do viril e do feminino, do delírio da possessão e da suprema lucidez” (VERNANT, 2000; LOUREIRO; LESCHER, 2006).

Após essa tragédia, o deus da videira é reconhecido como deus e serão realizadas cerimônias públicas periódicas. Atenas celebrava vários dias de festas dionisíacas, que não impunham a promiscuidade a ninguém, mas proibiam que alguém impusesse a castidade a qualquer outro, independente do sexo. (VERNANT, 2000; ESCOHOTADO, 2004).

Este mito expressa o conflito entre a vida civilizada e a vida selvagem, entre a tentativa de controle dos desejos e paixões e a entrega arrebatadora aos prazeres. Vernant (2000) analisa que o mito representa a impossibilidade da cidade em

---

<sup>3</sup> Mulheres do Oriente, de acordo com o tipo físico e o modo de ser.

estabelecer um vínculo entre as pessoas da terra e o estrangeiro, entre os sedentários e os viajantes, entre, “por um lado, sua vontade de continuar idêntico a si mesmo, de se negar a mudar, e por outro, o estrangeiro, o diferente, o outro” (p. 160). Na impossibilidade de combinação desses contrários, produz-se aos que encarnam o vínculo incondicional com o imutável e a manutenção de seus valores tradicionais, a entrega absoluta à alteridade, ao horror, à monstruosidade – tal destino recaiu sobre Penteu e sua mãe Ágave. Salienta-se o fato de que os valores da modernidade ocidental (e também na pós-modernidade) desprezam a alteridade, tendo sido silenciada e excluída como valor em um discurso ético (BRASIL, I. 2003; BIRMAN, 2006).

Loureiro e Lescher (2006) analisam a proximidade deste mito da experiência toxicomaníaca, pois revela uma ambiguidade de atitudes como o fascínio e a repulsa pelo mundo sombrio da loucura, do êxtase e do entusiasmo. A figura de Dioniso está ligada à experiência de prazer, como uma experiência libertadora de ser um outro e de uma suspensão temporária de si mesmo: “A experiência de ser tomado por um novo ritmo, pela intensidade da vida erótica [...]” (p. 22).

No entanto, a utilização de substâncias psicoativas na Grécia não esteve apenas relacionada com o culto a Dioniso e como experiência libertadora do cotidiano, mas foi utilizada como cura ou medicamento para alguns males. Essa utilização foi resultado da escola hipocrática, que apresentou a doença e a cura como resultado de processos naturais:

Ao destrinçar os seus atos da magia e da religião, o hipocrático nega validade a qualquer cura baseada numa transferência simbólica do mal de alguém para outrem, rompendo assim com a instituição do bode expiatório. Em vez de utilizar algum *pharmakós* ou bode para absorver a impureza alheia, a nova medicina usará *phármakon* ou droga adequada; perante uma epidemia de cólera, por exemplo, será sensato usar um fármaco adstringente como o ópio, e insensato sacrificar alguns jovens [...]. (ESCOHOTADO, 2004, p. 23).

A administração da substância se baseia na dosagem: “porque é só a quantidade que distingue o remédio do veneno” (ESCOHOTADO, 2004, p. 24). Entre as drogas utilizadas neste período, o ópio teve a maior popularidade. A papoula (planta de onde é extraído o ópio) era um símbolo de Deméter, deusa da fecundidade. As casadas sem filhos usavam broches e alfinetes com a forma de seu fruto, e os namorados esfregavam pétalas secas para averiguar pelos estalidos o futuro de sua relação. O seu emprego pelos médicos era submeter os pacientes ao “sonho curador” (*incunbatio*) ou era

utilizada para o tratamento da histeria, atribuída pelos gregos a “sufocações uterinas”. Foi Hipócrates que batizou a droga como – *opós mekonos* – “suco de dormideira”.

A visão romana sobre as drogas sofreu grande influência grega e as drogas continuavam a ser vistas como neutras e seus efeitos (negativos ou positivos) dependendo da dosagem administrada. O cânhamo era fumado em reuniões sociais, mas a papoula e a videira eram as mais consumidas pelos seus efeitos medicinais e psicoativos. As bebidas alcoólicas eram apreciadas pelos romanos, mas eram proibidas às mulheres e aos menores de 30 anos. Cultuava-se a *sobria ebrietas* (ebriedade sóbria), vista como uma forma de autoconhecimento e descontração terapêutica (ESCOHOTADO, 2004; MACRAE, 2010).

Porém, com a cristianização do Império Romano, a neutralidade da droga, a ebriedade sóbria, a automedicação passaram a ser questionadas e os adeptos dessas práticas passaram a ser perseguidos pelos sacerdotes da nova religião.

As drogas passaram a ser estigmatizadas não só por sua associação a cultos mágicos e religiosos, mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento, já que a dor e a mortificação da carne eram concebidas pelos cristãos no poder como formas de aproximação a Deus (MACRAE, 2010, p. 29).

Dessa forma, o uso de substâncias psicoativas com finalidades terapêuticas, a partir do século X, tornou-se sinônimo de heresia e a busca de cura tinha que se limitar aos recursos de eficácia simbólica como indulgências eclesiásticas, óleos santos, velas e água benta (ESCOHOTADO, 2004; MACRAE, 2010).

O alívio da rigidez e a busca de descontração através do uso de substâncias psicoativas foram condenados. O “comer” e “beber” nos rituais pagãos foram substituídos pelos ritos eucarísticos, restringindo o vinho ao sacerdote e a hóstia consagrada aos cristãos. Assim, todos os rituais místicos serão tratados como “potências satânicas”, iniciando o período de caça às bruxas e a todo tipo de feitiçaria com estreita conexão ao uso de substâncias psicoativas em seus rituais.

A condenação das práticas de bruxaria pela Inquisição não estava só relacionada ao uso de substâncias psicoativas, mas principalmente, ao erotismo presente no *sabat*, rito considerado demoníaco, onde eram utilizados beberagens e pomadas (ungentos). Além disso, associava-se às bruxas, a crise por qual passava a Europa medieval – pragas, catástrofes naturais, caos social, guerras e invasões produzindo um colapso social e econômico (MACRAE, 2010; ESCOHOTADO, 2004).

No entanto, esse ritual era mais que puro sexo ou festividades com orgia: representava antigos costumes, destinados a promover a fertilidade de plantas e animais e, ao invés de celebrar a mortificação da carne, os fiéis celebravam a sua glorificação (ESCOHOTADO, 2004). Portanto, a condenação dessas práticas pela Inquisição buscava preservar a hegemonia do pensamento religioso cristão, que condenava a euforia e o alívio da dor, pois a fé cristã preconiza uma medida considerável de aflição e a mortificação da carne como prova de devoção a Deus.

Considera-se que as práticas ritualísticas do *sabat*, propunham uma alternativa à rigidez e sofrimento impostos pelo cristianismo e buscavam uma aproximação com o primitivo, tal como, nos rituais de Dioniso, buscando uma fusão entre o “visível e o invisível” e através da possessão alcançar a “suprema lucidez”:

As drogas das bruxas delatam o proibido por excelência, que é um desejo de abraçar o aquém, oposto ao fervor pelo além. No entanto, querer voltar a sentir-se na Terra como em sua casa, e não como num desterro, é o que representa o Renascimento, espírito animador da idade moderna. Ilustrado exemplarmente por Fausto, o novo homem prefere vender a sua alma ao diabo a adorar um Deus zangado com a vida (ESCOHOTADO, 2004, p. 50).

No período renascentista, houve uma retomada de contato com as culturas orientais e uma recuperação dos antigos conhecimentos farmacológicos, permitindo uma retomada gradual ao uso de drogas. No século XVIII, era do racionalismo e do iluminismo, houve uma diminuição da perseguição aos heterodoxos religiosos e um retorno ao uso de drogas como medicamento – principalmente, os medicamentos à base de ópio. O uso médico e lúdico dessas substâncias foi uma consequência do declínio das concepções religiosas e a era dos láudanos durou dois séculos sem oposição ou conflito (MACRAE, 2010).

No início do século XIX, cientistas isolaram os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903), marcando o renascimento da farmacologia. Essas substâncias foram muito utilizadas como medicamentos para a diminuição da dor (física e psíquica), principalmente, em um momento marcado pelas guerras.

O uso da cocaína e da morfina alastrou-se na classe média e alta com fins hedonistas, sendo que esse comportamento estava relacionado com o valor absoluto da Idade Moderna – o indivíduo e os ditames do seu foro interior. Artistas embarcavam no

uso de ópio e haxixe para aventuras interiores, para a transformação dos sentidos e dos pensamentos, usando como tema de inspiração para suas criações. Classes mais desprivilegiadas utilizavam medicamentos mais baratos contendo opiáceos e cocaína, assim como o álcool para enfrentar o sofrimento decorrente da Revolução Industrial (MACRAE, 2010; ESCOHOTADO, 2004).

Nessa época, marcada pela institucionalização da medicina científica, o uso abusivo e em larga escala de determinadas substâncias psicoativas pela população norte-americana torna-se alvo de preocupação e ações políticas. Esse uso é estigmatizado e associado a determinados grupos minoritários – chineses, irlandeses, mexicanos e negros, consumidores de ópio, álcool, *marijuana* e cocaína. Assim como, médicos e farmacêuticos lutam contra os curandeiros e ervanários, procurando consolidar um monopólio sobre as drogas. Nasce o movimento proibicionista, com apoio parlamentar e da classe dos médicos, fundamentados nos malefícios da livre utilização de bebidas alcoólicas, pois as outras substâncias psicoativas poderiam ser utilizadas com prescrição médica, com finalidades terapêuticas (MACRAE, 2010; ESCOHOTADO, 2004).

No início do século XX, em 1919, foi aprovado o Volstead Act (Lei Seca), que vigorou entre 1920 e 1932, proibindo o consumo de bebidas alcoólicas e os tribunais passaram a enviar para a prisão milhares de médicos por receitarem opiáceos a seus pacientes droga-dependentes, resultado da imposição de medidas de contenção, produção e comercialização de opiáceos e cocaína. Segundo Macrae (2010), a partir dessa época, a questão vem sendo tratada no âmbito dos interesses políticos e econômicos por diferentes nações envolvidas e as questões de saúde permanecem apenas nos discursos oficiais, com pouca atenção na prática.

O autor ainda discute que a legislação e os acordos internacionais sobre substâncias psicoativas utilizam uma abordagem que permanece vinculada a uma perspectiva farmacológica e com pouca ênfase a fatores de ordem social ou cultural. O problema decorrente da forma como é tratada a questão, recai sobre uma ausência no reconhecimento do problema do uso de psicoativos como produção cultural, ignorando-se a heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões de mundo que a sustentam.

Outro aspecto importante a ser considerado é o processo de estigmatização do usuário de drogas que se manifesta do decorrer do processo histórico. As ações proibicionistas nos Estados Unidos tornaram alvo determinados grupos minoritários

sociais. O processo de estigmatização, além de desconsiderar os aspectos culturais sobre o uso de drogas para determinados grupos, se fundamenta pelas desigualdades sociais, perpetuando concepções preconceituosas, desqualificando e “demonizando” o usuário de drogas, que acabam por cristalizar a subcultura do usuário e a sua marginalização.

Esse processo tem uma determinada função social: “O reducionismo dessa estereotipagem serve também para encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade criando um inimigo imaginário, útil a manutenção do *status quo*.” (MACRAE, 2010, p. 32). Considera-se que essa análise é útil para pensarmos a dependência química nas mulheres, um subgrupo que sofre com o processo de marginalização e estigmatização. Quais os problemas estruturais da sociedade que são encobertos (ou manifestados) na dependência química deste grupo?

Na exposição dos aspectos históricos sobre o uso de drogas, encontramos diferentes finalidades e diferentes funções sociais/culturais. As substâncias psicoativas são encontradas nos relatos de celebrações místicas e religiosas; utilizadas como medicamentos e com finalidades terapêuticas; para a descontração e relaxamento; para descobertas interiores e imersão no mundo subjetivo; uso com finalidades artísticas e como inspiração para a criação. Poderíamos encontrar algumas dessas funções na atualidade?

Nos anos sessenta, o consumo de drogas passou a representar uma via de acesso a um mundo novo. Nesse sentido, o consumo de drogas esteve vinculado a uma crítica da cultura instituída da época, colocando em questão os valores tradicionais. Esse desejo de transformação social era compartilhado coletivamente pelo ideal da contracultura e a droga se tornou um símbolo de contestação, partindo inicialmente de Walter Benjamin e Aldous Huxley e depois acompanhados por Ernst Jünger, Robert Graves, Antonin Artaud e Henri Michaux (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003; ESCOHOTADO, 2004).

O trabalho de Aldous Huxley, a partir da experiência com a mescalina, trouxe a necessidade de superar o dualismo platônico-cristão (carne e espírito, céu e inferno, sujeito e objeto) através do transe visionário provocado pelas drogas alucinógenas. Sua crítica principal baseava-se no embrutecimento e conformismo, provocados pelos efeitos das drogas lícitas, considerada uma “agressão ao ser humano” (ESCOHOTADO, 2004).

No final dos anos setenta, o caráter revolucionário atribuído ao uso de drogas é transformado em crime, acompanhado de um aumento significativo do consumo de drogas, de uma oferta e diversificação de substâncias psicoativas, bem como, da população que as utiliza. Em decorrência, algumas drogas<sup>4</sup> não são mais consumidas coletivamente, mas adquirem um valor específico para cada indivíduo e não estão mais vinculadas aos ideais e propostas de transformação política (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003; ESCOHOTADO, 2004).

Escohotado (2004) analisa essa perseguição ao consumo de drogas e à marginalização do usuário como um movimento de erradicação das dissidências, ou seja, se trata de um “zelo ideológico” transformando a heresia em crime. O movimento *hippie* incomodava pelas práticas de uma religião natural desprovida de puritanismo, pelas práticas de um antimilitarismo e com críticas aos ideais burgueses e proletários:

Observando as coisas muito superficialmente, a batalha contra a psicodelia foi um conflito entre direitos civis e tradição autoritária. O desenlace seria uma derrota material dos libertários, acompanhada por uma derrota moral do seu inimigo. Como dois duelistas que se ferissem ao mesmo tempo, um caía fulminando fisicamente enquanto a honra do outro, o seu jogo “limpo”, ficava posta em causa (ESCOHOTADO, 2004, p. 152).

Assim, quando o Estado do bem-estar apresenta os primeiros sintomas de crise, com o corte das prestações sociais e com as humilhações para quem não tivesse conseguido tornar-se opulento, o movimento psicodélico (*hippie*) se transforma em *yuppie*. E nos meados dos anos oitenta, se inicia a competitividade ao máximo e a consolidação de focos de miséria em torno de cada centro próspero. Mas, nesse cenário, junto com a prosperidade e riqueza, as drogas ilícitas são consideradas “pragas apocalípticas”, responsáveis pela insegurança e pelo endurecimento das legislações contra o seu comércio ou utilização (ESCOHOTADO, 2004).

No entanto, questiona-se: a utilização de drogas, na atualidade, mantém o traço de libertação e espontaneidade veiculada pela contracultura? Ou ainda, permaneceriam traços da ruptura com o cotidiano como nas experiências dionisíacas?

---

<sup>4</sup> Há uma exceção, por exemplo, para as práticas envolvendo o uso da substância Ayahuasca, um enteógeno (substâncias psicoativas em contexto religioso ou medicinal). Esta substância é muito conhecida na região da Floresta Amazônica entre as tribos indígenas, que foi difundida entre os seringueiros, os vegetelistas andinos e centros urbanos do Brasil e do mundo. É considerada uma bebida sagrada, capaz de liberar a alma de seu confinamento corporal, das realidades da vida cotidiana, concedendo a comunicação com seus ancestrais. As plantas envolvidas na bebida são consideradas *plantas dos deuses*, por serem consideradas dádivas aos primeiros índios do planeta. A bebida é também conhecida pelos nomes de Hoasca, Santo Daime e Vegetal (RIBEIRO, 2006).

A utilização de drogas na atualidade acompanha as características da modernidade, priorizando os valores individuais e o hedonismo. Para essa explanação, utilizam-se alguns autores que discutem essa problemática e consideram a dependência química como uma forma de subjetivação.

## **1.2 Aspectos sociais da dependência química: modos de subjetivação na atualidade**

Considera-se que os sintomas revelam, também, aspectos subjetivos construídos em determinada época social e cultural. Quais as relações estabelecidas entre a dependência química (feminina) e o mundo atual?

Experimentar a felicidade é um projeto de todo ser humano, porém as imposições sociais impedem a realização plena deste projeto, hipótese desenvolvida por Freud (1930). Porém, podemos dizer que é da mesma sociedade que estamos falando na época de Freud? Atualmente, encontramos uma exacerbação das práticas de consumo e os objetos, apresentados como extremamente necessários, saciam todas as necessidades e cumprem a promessa de felicidade – “A ordem que o consumo dita é a de que para ser feliz é necessário ter.” (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003, p. 119).

Assim, o consumidor procura obter o produto (ofertado insistentemente pela sociedade de consumo) para alcançar um prazer pleno e absoluto, reduzindo e evitando as tensões inerentes ao campo intersubjetivo (e intrapsíquico). Neste cenário, a dependência química é a representante extrema do discurso do consumo, pois o melhor consumidor é aquele que depende absolutamente da mercadoria (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003) e torna a procura pelo objeto de consumo a única razão para sua existência, pois é a única saída possível para o seu sofrimento e alcance de toda a felicidade possível.

No entanto, quais as características da atualidade? Que cenário é este que favorece a anulação de todo sofrimento? Esse tema é muito discutido por diversos autores, sendo que várias definições e caracterizações procuram definir a atualidade: pós-modernidade, hipermodernidade ou apenas modernidade. O cerne dessa discussão seria a aposta do fim da modernidade e a emergência do mundo pós-moderno ou, ao

contrário do fim da modernidade, uma radicalização de seu projeto, sem alteração de seus pressupostos (BIRMAN, 2006)<sup>5</sup>.

A partir destas discussões, Birman (2006) apresenta uma diferença entre modernidade e modernismo, sendo que a última se configura como uma crítica à primeira, delimitando a psicanálise nesse cenário. Segundo ele, a modernidade representou o autocentramento do sujeito no eu e na consciência, através do discurso metafísico com a filosofia de Descartes e a fundação ontológica do eu como centro do mundo. Desta forma, a modernidade é autocentrada no indivíduo, sendo a individualidade a categoria fundamental do ideário da modernidade.

A individualidade centraliza os seus sentimentos no eu, distribuindo entre si mesmo e o outro. Isto significa que ela oscila entre o amor de si e o amor do outro, num jogo de atrações e repulsões permanentes, colocando o amor e o ódio como defensores do eu: “Em resumo, podemos dizer que a construção da individualidade na modernidade assume uma direção eminentemente narcísica.” (BIRMAN, 2006, p. 41).

O que é importante ressaltar é que na modernidade, a razão científica torna-se a marca distintiva do homem, conferindo-lhe soberania e autonomia diante da natureza e do mundo divino. Por sua vez, no modernismo outro cenário se delineia, os pilares do eu e da razão são postos em questão, desconstruindo a soberania e a autonomia humana. Freud colaborou para esse novo cenário, descentralizando a consciência em relação à sexualidade e às pulsões, sendo que o eu fica a mercê das forças provenientes do inconsciente:

Assim, o eu e a consciência passam a ser considerados os pontos de chegada de um longo e tortuoso processo iniciado em outro lugar, isto é, não são considerados *origem*, porém *destino*. Tal processo, plural e marcado pela polissemia, reenvia a individualidade para as forças que a perpassam e que regulam as suas relações com os outros e com o mundo (BIRMAN, 2006, p. 42, grifo do autor).

No entanto, o eu perde a soberania, mas o sujeito é atraído por tudo que se apresenta como novidade, abrindo-lhe os horizontes. O que caracteriza o modernismo é a *atualidade*, ou seja, um mundo em permanente processo de transformação mantendo o

---

<sup>5</sup> Segundo Birman (2006), essa oposição marca um projeto cultural e *identitário*, pois marcam as oposições entre as concepções norte-americanas e européias (principalmente, francesas). Os norte-americanos descrevem os novos tempos como característica da pós-modernidade e também alguns europeus, como Zygmunt Bauman, Jean-François Lyotard, Gianni Vattimo e Gilles Lipovetsky. Já os europeus Anthony Giddens, Ulrich Beck, Georges Balandier e Jürgen Habermas defendem a modernidade com a radicalização de seus pressupostos.

sujeito em uma postura curiosa em relação à atualidade (BIRMAN, 2006; LIPOVETSKY, 2005).

Segundo Lipovsky (2005), as atuais relações sociais visam ao livre desenvolvimento da personalidade íntima, a legitimação do prazer, o reconhecimento das exigências singulares e a modelagem das instituições de acordo com as aspirações dos indivíduos. Essas características marcam a manifestação da ideologia individualista, que só é possível através das relações de consumo, atrelada aos direitos e desejos do indivíduo.

Para esse autor, a modernidade era conquistadora, acreditava no futuro, na ciência e na técnica. Na pós-modernidade, a confiança e a fé no futuro se dissolvem, não há mais esperança em um futuro grandioso alcançados pela revolução e pelo progresso. A pós-modernidade se caracteriza que pelo aqui e agora, pela manutenção da juventude e culto ao hedonismo:

[...] o indivíduo pós-moderno, ao contrário, vive ligado a música desde o amanhecer até a noite, como se tivesse a necessidade de estar sempre em outro lugar, de ser *transportado* envolvido por uma ambiência sincopada; tudo acontece como se ele precisasse de uma *desrealização* estimulante, eufórica ou embriagadora do mundo. (LIPOVETSKY, 2005, p. 6, grifo do autor)

É um cenário propício e estimulante para a utilização de substâncias psicoativas: hedonismo, personalismo, redução da carga emocional investida no espaço público, aumento das prioridades na esfera privada e uma “necessidade constante de ser transportado” para outro mundo, por diversas vezes, ouvimos os usuários dizer que usaram a droga para “esquecer tudo”.

Também na esfera da sexualidade algumas diferenças se impõem, a diversificação libidinal e a sedução incluem o sexo e o corpo no mesmo imperativo de personalização do indivíduo, ou seja, a ordem vigente é acumular experiências, explorar o próprio capital da libido, desaparecendo tudo que se parece com imobilidade e estabilidade em favor da experimentação e da iniciativa (LIPOVETSKY, 2005).

Para a mulher também observamos diferenças significativas, manifestações feministas lutam pelo direito à autonomia e à responsabilidade no que se refere à procriação: “Trata-se de liberar a mulher de sua condição de passividade e de resignação diante dos acasos da procriação, para que se possa dispor de si mesma e escolher [...]” (LIPOVETSKY, 2005, p. 13). Além disso, encontramos o discurso feminino em busca de uma diferença, colocando o feminino em uma espécie de

universo em expansão, sem limite fixo, mais próximo da economia dos fluidos, da multiplicidade.

A partir desta definição, o autor argumenta que o feminino é um produto e uma manifestação da sedução pós-moderna. A crítica desenvolvida pelo autor apoia-se na exacerbação do processo de personalização, agenciando uma figura inédita do feminino – polimorfa, sexuada, emancipada das identidades e papéis estritos de grupos. Não é a desconstrução da imagem falocrática<sup>6</sup> e arcaica da mulher que é questionada pelo autor, mas a sua “psicologização”:

Trata-se, antes de tudo, de responsabilizar e psicologizar a mulher liquidando uma última “parte maldita” ou, em outras palavras, promovendo a mulher à classe da individualidade completa, adaptada a sistemas democráticos hedonistas incompatíveis com seres agarrados a códigos de socialização arcaicos feitos de silêncio, de submissão puritana e de histerias misteriosas. (p. 15)

Na verdade, a desconstrução de uma imagem centralizadora é uma característica dos tempos pós-modernos. Lipovetsky (2005) argumenta que vivemos em um deserto: pelo desinvestimento nas instituições e nos grandes valores da modernidade; o saber, o poder, o trabalho, o exército, a família, a igreja, os partidos não funcionam mais com princípios absolutos e intangíveis: “[...] o homem de hoje se caracteriza pela *vulnerabilidade*” (p. 28, grifo do autor).

Por sua vez, Birman (2006) argumenta que a psicanálise contribuiu para a desconstrução da soberania do eu e da consciência, pressupostos da modernidade. O descentramento do sujeito na teoria psicanalítica não pode ser apenas atribuído ao conceito de inconsciente, “a terceira ferida narcísica”, como nomeou Freud. A passagem da modernidade para o modernismo é apresentada pelas formulações teóricas da psicanálise de diversas formas como, por exemplo: a tese sobre o narcisismo, o conceito de pulsão de morte, o desejo como fundante do sujeito e a noção de desamparo.

O desejo pode ser considerado o valor fundamental do modernismo, vinculado à fascinação e irresistível atração pela novidade, como já apontado por Lipovetsky (2005) e por Birman (2006): “é o movimento desejante que possibilita ao sujeito, além do erotismo que perpassa a sua existência, um trabalho de criação sempre recomeçado” (p. 46). Foi o desejo que movimentou os projetos revolucionários, decorrentes de uma inquietação e necessidade de invenção de um outro espaço social. No entanto, a

---

<sup>6</sup> A falocracia ou um modelo falocêntrico será discutido no capítulo sobre a Feminilidade.

fascinação do sujeito pela atualidade e pela transformação contínua do real tem o seu corolário inevitável: o *desamparo*.

Freud, em *Mal-estar na civilização* (1930), discutiu o que a modernidade produzia na subjetividade, sendo que o desamparo seria o preço que o sujeito tem que pagar pela aposta no projeto da modernidade. Birman (2006) considera que o desamparo é a face negra e perigosa da modernidade, se impondo como sintoma e como fonte permanente da produção de perturbações psíquicas:

Como recusas e denegações do sujeito que não pode conviver com o seu desamparo, podemos destacar as diferentes construções subjetivas que visam evitar a dor produzida por este. Do masoquismo à violência, passando pelas diversas formas de servidão e de despossessão subjetiva, é sempre como evitação do desamparo que essas construções subjetivas se tecem na atualidade (BIRMAN, 2006, p. 51).

Devemos incluir nesta categoria de perturbações psíquicas produzidas pela modernidade, a dependência química. A intoxicação química, já foi citada por Freud (1930) como o meio mais eficaz de produção imediata de prazer, proporcionando um afastamento da realidade, que possibilita suportar o sofrimento derivado da civilização. O perigo está na aposta em uma única possibilidade de satisfação, alimentando uma ilusão que um único objeto poderá promover a felicidade (GONÇALVES; DELGADO; GARCIA, 2003). Considera-se também que diante de uma exacerbação do desamparo na vida pós-moderna e de uma oferta insistente de produtos que possam oferecer a felicidade, o sujeito se lança ao consumo (de drogas) como uma das únicas possibilidades de enfrentar o mal-estar produzido atualmente.

Segundo Gonçalves, Delgado e Garcia (2003), o que caracteriza a constituição da subjetividade humana é a impossibilidade de uma satisfação plena que complete o sujeito. O sujeito psicanalítico porta uma fenda insuturável que é a condição desejanter, porém o dependente químico, identificado maciçamente com seu objeto-droga, tentará suturar essa fenda que provoca no sujeito uma angústia insuportável: “[...] as drogas continuam prometendo algo mais, para além do prazer, como uma possibilidade de alívio da angústia de existir” (p. 125).

Em outro trabalho, Birman (2001a) postula que a cultura da drogadição é estimulada pelo panorama das condições atuais para a existência do sujeito. Utilizando os conceitos de *Sociedade do Espetáculo* de Debord<sup>7</sup> e *Cultura do Narcisismo* de

---

<sup>7</sup> Debord, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

Lasch<sup>8</sup>, apresenta que nas condições atuais, a alteridade tende ao silêncio e ao autocentramento, existindo um cuidado excessivo com o próprio eu e com o *brilho social*.

Segundo o autor, no registro sexual, há uma predação e uma manipulação do corpo do outro como técnica de sobrevivência. Na cultura do espetáculo, a exibição é o lema essencial da cultura do ser, vive-se para a exibição, para o *mise-en-scène*. O aparecimento ruidoso do indivíduo faz acreditar no seu poder e fascínio (BIRMAN, 2001a).

Para esse autor, o autocentramento e exaltação do indivíduo para a admiração no olhar do outro surgem para evitar a interiorização e a ruminação de idéias:

Assim, se as ditas drogas visam exaltação nirvânica do eu, para tornar a individualidade inebriada para o desempenho da cultura da imagem, as ditas drogas medicinais visam conter as angústias e o sofrimento... (BIRMAN, 2001a, p. 169).

Vale ressaltar que o desamparo não está apenas relacionado com as patologias. A positivação do desamparo seria o erotismo e a sublimação<sup>9</sup>, como destinos possíveis. Porém, porque observamos uma alta incidência de patologias relacionadas ao desamparo?

O grande problema na atualidade são os efeitos traumáticos que a vida contemporânea oferece. Considera-se trauma, um aumento da excitabilidade para o psiquismo, que não permite um processo de simbolização e defesa psíquica<sup>10</sup>. Associamos o aumento da excitabilidade com a intensa e contínua exposição de objetos para consumo:

Nós poderíamos abrir um debate sobre os efeitos da sociedade de consumo rápido e sobre a incitação a manter uma excitação frente ao objeto que será somente um objeto de necessidade (*besoin*) e que não poderá ser elaborado como um objeto de renúncia, quer dizer, de desejo (KAËS, 2003, p. 31).

Segundo Birman (2006), o mal-estar na atualidade não está mais centrado no conflito psíquico, que representava a oposição entre os imperativos dos impulsos e as

---

<sup>8</sup> Lasch, C. *The Culture of Narcisism*. Nova York: Warner Book Editions, 1979.

<sup>9</sup> O desenvolvimento sobre a positivação do desamparo é desenvolvido no Capítulo 2, sobre a Feminilidade na psicanálise.

<sup>10</sup> Segundo Laplanche e Pontalis (1991), o trauma psíquico é um acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações.

restrições morais. Hoje, o mal-estar se evidencia nos registros do *corpo*, da *ação* e do *sentimento*.

Os registros da ação e do sentimento estão relacionados com a dependência química. Nos registros da ação, as individualidades são possuídas pelo *excesso*, que as impele para o ato como única forma de eliminar a excitabilidade excessiva, caso contrário, seriam dominadas pelo excesso no psiquismo, provocando a angústia. São os sujeitos marcados pela explosividade, pela impulsividade e também, pela violência. Outra forma de manifestação é a compulsão, em que se inclui a dependência às drogas lícitas e ilícitas (BIRMAN, 2006).

Diante da falência na crença em instituições sociais, nas ações dos ídolos e da desesperança em grandes transformações da realidade, a condição de desamparo torna-se acentuada. As drogas acabam cumprindo a promessa de “melhores momentos”, diante da ausência de “dias melhores”. Já que não é possível a transformação do mundo, busca-se um “remédio universal”:

Nesse contexto, as drogas são ofertadas em larga escala pela medicina e pela psiquiatria para apaziguar a desesperança e os gritos de terror que solapam as subjetividades [...] são as duas faces da mesma moeda, as ditas drogas medicinais ofertadas pela psiquiatria e as drogas pesadas comercializadas a preço de ouro pelo narcotráfico; pela mediação de ambas alimenta-se a ilusão de que a dor do desamparo pode ser recusada pela transformação da *alquimia dos humores* (BIRMAN, 2006, p. 54, grifo nosso).

Kaës (2003) também discute os efeitos desses aspectos sociais para a subjetividade e nos laços intersubjetivos, desenvolvendo a relação entre o mal-estar do mundo moderno e o efeito dessas transformações nas crenças e mitos que asseguram a base narcísica de nosso pertencimento a um conjunto social.

Esse autor afirma que, atualmente, há uma mutação das estruturas familiares e fratura dos vínculos intergeracionais; uma notável mudança nas relações entre os sexos (notadamente no estatuto da mulher); uma transformação dos laços de sociabilidade e como efeito, nos deparamos com novas patologias provocadas pela falta (défault) nos processos de apoio, pelas perturbações de continuidade e das fronteiras de si mesmo, pelas carências das funções intermediárias e mediadoras. Essas perturbações provocariam dificuldade de integração das pulsões no espaço psíquico e no espaço social (KAËS, 2003).

Segundo ele, a pós-modernidade acentuou a violência através da generalização do exílio e do desenraizamento, com conseqüências desorganizadoras e experiências geradoras de angústia:

Nossas referências identificatórias e nossas identificações se encontram modificadas [...] as falhas (*faillies*) na segurança do ambiente são também uma experiência geradora de angústia, na medida em que a perda do código reatualiza os conflitos intrapsíquicos entre as tendências de amor e de ligação e as tendências de raiva e de desligamento (KAËS, 2003, p.22).

Nesse cenário são desenvolvidas perturbações de algumas funções e estruturas psíquicas, afetando principalmente a atividade do pré-consciente, o processo de sublimação e o trabalho da simbolização primária (KAËS, 2003).

Segundo Kaës, essas formações só podem ser tratadas e compreendidas no trabalho do pré-consciente do outro, pela atividade de colocar em palavras e em fala endereçada. A falência do pré-consciente tem como efeito a confusão entre o dizer e o fazer, entre a ação e a representação, efeitos que também se operam nos laços intersubjetivos. Assim, o “vínculo de violência é mantido para criar um estado de não pensamento [...] e orienta a carga pulsional em direção ao *acting-out*”. (KAËS, 2003, p. 31).

No entanto, um espaço de significação e de passagem do *acting-out* para a fala, poderá ser construído operando sobre os processos e as formações psíquicas abaladas, efeito da crise dos fundamentos sociais e intersubjetivos.

São consideradas vivências traumáticas, alguns relatos das mulheres do grupo psicoterapêutico em estudo: violências sexuais, abandonos precoces, violência familiar, desenraizamento e perda das referências sócio-culturais de origem, etc. Nestes relatos, a experiência comum era o desamparo e a solidão, a falta de um grupo de pertencimento e apoio, a ausência de figuras identitárias e protetoras em diversos grupos familiares.

Quando discutimos a dependência química a partir de um enfoque biopsicossocial, são considerados os aspectos individuais e psicodinâmicos na composição de um quadro de dependência. Para tanto, utiliza-se do referencial psicanalítico e a utilização de concepções teóricas que abordam o sintoma como efeito das relações intrapsíquicas e intersubjetivas.

De acordo com Gurfinkel (2001) há uma sobreposição (ou dupla determinação) dos aspectos psicodinâmicos do sujeito e dos aspectos sociais voltados para a “supervalorização” do objeto. Não podemos discutir a dependência química sem as

questões sociais implicadas, contribuindo para a constituição do sujeito e dos processos de subjetivação em nossa época atual:

Aquilo que se manifesta no âmbito do psiquismo individual enquanto adição encontra na chamada sociedade de consumo um equivalente poderoso. O estímulo ao consumo em si, sem mediações e sem possibilidade de simbolização, é uma marca de nossa sociedade. Os objetos de consumo ganham vida própria, e corremos o risco real de escravização diante deles. [...] na verdade se trata de uma relação de continuidade e sobreposição entre o funcionamento adictivo e a sociedade voltada para o consumo. (GURFINKEL, 2001, p. 227).

### **1.3 A dependência química e a compreensão psicanalítica**

Muito se discute sobre o fato de Freud não refletir em sua obra sobre a dependência às drogas, sendo que a toxicomania como objeto de estudo do saber médico é contemporâneo em relação ao nascimento da psicanálise. Essa confluência entre psicanálise e o estudo sobre a dependência às drogas e, ao mesmo tempo, uma ausência de discussão sobre o tema na obra psicanalítica é atribuído ao fato de grande controvérsia do uso de cocaína por Freud (GURFINKEL, 1995). No entanto, apesar da ausência do estudo sobre a dependência às drogas na obra freudiana, este tema foi muito desenvolvido por autores psicanalistas.

Gurfinkel (2007, 2001) apresenta três linhas de pesquisa psicanalítica sobre a dependência química, considerando a diferenciação entre as abordagens como um reflexo da evolução histórica e transformações nas conceituações psicanalíticas. Entre essas transformações, o autor evidencia a passagem de uma compreensão da teoria e dinâmica das pulsões para as relações de objeto e uma concepção intersubjetiva do “acontecer psíquico”.

A primeira linha de pesquisa compreende o fenômeno a partir de uma psicopatologia psicanalítica, identificando a dependência química com uma estrutura clínica – a psicopatia ou a perversão, utilizando o referencial da teoria das pulsões. Alguns autores já apontaram a dificuldade para a utilização de um modelo estrutural na compreensão da dependência química, em função da heterogeneidade entre os grupos (e diferenças intragrupos) de usuários; da dinâmica psíquica envolvendo a relação sujeito-objeto-droga; e dos lugares diferenciados que a(s) substância(s) psicoativa(s) ocupa(m) para os sujeitos. (SILVEIRA; GORGULHO, 1996; BRASILIANO, 2005; PACHECO, 2007).

Considera-se importante pensar a dependência química a partir de uma estrutura clínica (autônoma ou derivação de um quadro da psicopatologia clássica). Porém, é importante ter em mente a tendência atual à homogeneização do dependente químico que não é compatível com as observações da clínica e não condiz com atuais pesquisas na área que apontam algumas comorbidades associadas – como, por exemplo, transtornos de ansiedade, depressão, transtorno bipolar e transtornos alimentares (PACHECO, 2007; ELBREDER *et al.*, 2008).

A segunda linha de pesquisa utiliza-se do ponto de vista genético da metapsicologia, buscando investigar o que teria se passado nos primeiros estágios de desenvolvimento do bebê, a partir da dependência em relação ao outro. No desenvolvimento para a dependência madura da vida adulta há uma cristalização de uma dependência patológica distorcida (GURFINKEL, 2001).

A terceira linha de pesquisa dedica-se à relação entre *sujeito-objeto*. Utilizaremos essa terceira linha de pesquisa como referência principal de nossa pesquisa.

Nessa terceira linha de pesquisa, busca-se uma compreensão da relação de assujeitamento e anulação do sujeito pelo objeto-droga. A partir da referência de Piera Aulagnier (1985), discute-se a alienação do sujeito em uma relação assimétrica, cujo protótipo é a paixão. A relação que o toxicômano estabelece com a droga é semelhante ao sujeito apaixonado? Segundo a autora, na paixão amorosa existe a espera de um prazer exclusivo e de uma satisfação que só o outro pode atender, mas depende do encontro entre dois corpos sexuados e dois prazeres presentes, aspecto que não é encontrado na relação com o objeto droga. Detalharemos melhor as concepções desta autora sobre este tema.

Aulagnier (1985) analisa os conceitos de alienação e paixão como duas patologias particulares dos investimentos psíquicos, observados na relação com a droga, com o jogo e na paixão amorosa. O ponto comum entre a relação do toxicômano, o jogador e o apaixonado é a estratégia para evitar o conflito pulsional e o sofrimento psíquico, porém essa estratégia tem um preço a ser pago – um risco de morte efetivo, *um prazer que é levado até as últimas consequências*.

A partir da metapsicologia psicanalítica, a autora retoma as concepções da relação do Eu com a Realidade e com o Prazer. Na relação do Eu com a Realidade, o bebê exercita um poder de transformação da realidade para torná-la adequada aos seus

desejos. Essa ação só é possível pela idealização do Eu pela mãe, sendo fundamental no desenvolvimento do ego e para a experiência de um *prazer possível* no contato com a realidade:

A satisfação das pulsões sexuais, uma vez que o Eu se torna o regente e o suporte delas, exige o investimento de um certo número de objetos presentes na cena da realidade: Eros para satisfazer suas metas, deve poder investir este Eu, este corpo, estes objetos do outro, índices e garantias de uma realidade graças à qual ele se assegura de que seu próprio índice de realidade é reconhecido e investido pelo Eu dos outros. (AULAGNIER, 1985, p. 98)

Por essa concepção, evidencia-se a importância do reconhecimento e investimento do outro nos objetos da realidade para as experiências de prazer, e que se apoia no encontro entre o corpo da criança e o Eu do outro (corpo materno). O “corpo-prazer” é o primeiro bem pessoal, a primeira posse investida pelo Eu, que segundo Aulagnier, garante a “possibilidade de um prazer vivido na realidade de sua carne” (1985, p. 99). No entanto, não é só a experiência de prazer que é vivida com o corpo, mas também, as experiências de sofrimento.

Segundo a autora, é a partir desta última experiência – “corpo-sofrimento” – que o objeto-corpo se torna exterior, não-idêntico ao Eu e autônomo, impondo a “coisa corporal” como antinômica ao corpo pensado. É nesta relação ambivalente com o próprio corpo que o Eu é obrigado a conviver, considerando-o como *seu* objeto: “Corpo amado ou corpo odiado – estes dois sentimentos demonstram que a única ligação ao corpo que o Eu não pode manter é a indiferença.” (p. 103). Considera-se que a dualidade entre corpo-prazer e corpo-sofrimento revelam como o Eu poderá lidar com as fontes de prazer e sofrimento advindas de seu próprio corpo e da realidade, o corpo poderá representar toda a fonte de sofrimento e ser odiado. Mas, como transformar essa *realidade*? Pois, O Eu não pode fugir (desinvestir) dessa realidade insuportável, ação que equivaleria ao abandono de seu próprio habitat.

A condição de transformação dessa realidade e a garantia do desenvolvimento do bebê estão apoiadas no discurso materno, como uma função intermediária, segundo a autora. O Eu materno permite que a recusa do sofrimento seja acompanhada da preservação do investimento do corpo, investido por ela como um “corpo doente”, a ser cuidado e protegido. Na ausência desta função intermediária, as consequências serão o estabelecimento de uma relação persecutória entre o Eu e seu corpo, a eclosão de uma psicose ou somatizações graves.

Essas concepções fundamentam o que a autora nomeia como *relação de simetria e relação de assimetria*, modalidades de investimentos próprios à relação amorosa e também às relações entre o toxicômano e a droga.

Na economia psíquica própria à relação amorosa, o Eu investe na realidade e é endereçada ao Eu dos outros, esperando uma voz, um seio, uma carícia, ou seja, “coisas” que não são puramente fantasmáticas. Por isso, a relação amorosa se revela pela simetria e pela interdependência presentes entre os dois Eus. A simetria não é perfeita, mas suficiente a tal ponto de não colocar o Eu do amante em uma situação de dependência e angústia. Não é o que acontece nas *relações assimétricas* (AULAGNIER, 1985).

A autora apresenta três tipos de relações assimétricas: a relação entre bebê e a mãe; entre psicótico e a relação com o Eu dos outros; e a relação passional. Não detalharemos cada uma delas, por não ser o foco deste trabalho, utilizaremos da descrição e caracterização da relação passional.

Na relação entre o bebê e sua mãe há uma **escolha** compulsória de objeto, ou seja, é um objeto insubstituível, um objeto que não pode faltar e que orienta sua direção a totalidade da libido, excetuando a parte que o sujeito utilizará para investir o seu próprio corpo, suas zonas sensoriais e suas funções.

Podemos então afirmar que as características que definem o investimento do Eu materno pelo Eu da criança, respondem às características segundo as quais definirei a relação passional. O objeto da paixão é um objeto insubstituível e um objeto necessário porque responde a um desejo que se tornou necessidade. (AULAGNIER, 1985, p. 120)

Na relação passional observa-se uma relação de objeto que se torna insubstituível, um objeto que não pode faltar. O que seria então uma relação passional? Podemos considerar o protótipo da relação entre sujeito e droga? Para a autora, é através da relação passional que a criança, no futuro, encontra o amor e é a razão pela qual, encontramos no homem a nostalgia do excesso de prazer no encontro com o seu primeiro objeto de paixão e a angústia ao reviver o sofrimento a ela implicada.

Um dos pontos fundamentais para pensarmos as modalidades de relação assimétrica é o deslocamento do objeto de prazer para o registro de necessidade, aspecto retomado por Gurfinkel (1995, 2001, 2007). A partir das concepções desta autora, esta problemática obriga o Eu a só encontrar prazer se puder provar que o objeto está entre as categorias do necessário “aos seus próprios olhos”, no caso da toxicomania e do jogador uma relação específica se processa:

[...] no caso da toxicomania ou do jogo, a experiência de prazer depende da relação que droga e jogo vão induzir entre o sujeito e a representação pela qual o sujeito pensa a realidade enquanto ele está sob efeito da droga ou do tapete verde. A maioria dos alucinógenos põe em repouso a atividade sexual durante o tempo de sua ação; o Eu goza de um conjunto de percepções sensoriais, de representações, de imagens que são a obra e a manifestação do poder do que eu chamaria sua **sensorialidade pensada**. (AULAGNIER, 1985, p. 151, grifo da autora).

Pelas afirmações da autora, a droga oferece uma realização pela fantasia, adequando a realidade a sua representação, sendo que a diferença entre representações da realidade criadas pelo pensamento e a dúvida sobre o verdadeiro e falso são anuladas. No registro do pensamento, diz ela:

a toxicomania é um compromisso entre: o desejo de não mais pensar a realidade e a recusa ou a impossibilidade de recorrer à reconstrução delirantes desta realidade, ou ainda, a toxicomania é um compromisso entre o desejo de preservar e o desejo de reduzir ao silêncio a atividade de pensamento do Eu. (AULAGNIER, 1985, p. 152)

Gurfinkel (2001) identificou esse desejo de não pensar a realidade com a criação de uma neo-realidade, utilizando as concepções de Winnicott, que iremos desenvolver mais adiante.

Retomando as concepções de Aulagnier (1985), para a transformação do registro de prazer em necessidade, algumas condições são necessárias: a) a impossibilidade de encontrar uma realidade natural e humana que lhe permita encontrar os únicos objetos de satisfação de suas necessidades; b) a ausência de um pré-investimento pelo Eu da mãe, ou seja, a ausência de um desejo de “fazer viver” um corpo; c) o desinvestimento em referências e pensamentos com função identificatória, necessários para que o Eu possa se pensar, se representar e se autoinvestir; d) a ausência de um ponto de apoio e suporte de investimentos (outro Eu) na cena da realidade exterior.

Essas quatro condições acima citadas tornam impossível ao Eu a satisfação das necessidades vitais, sendo uma condição mínima para que o Eu invista o funcionamento da psique e do corpo. Aulagnier situa essas quatro condições como constitutivas do *prazer necessário* que complementam o *prazer suficiente*. Diferente do prazer necessário, o prazer suficiente tem uma dimensão de escolha do sujeito através de seus investimentos.

A autora fundamenta que um dos problemas que se apresenta na toxicomania é o deslocamento para a droga de toda a atividade pensante do sujeito, enquanto este último se coloca no lugar daquele que contempla e goza o que produz essa atividade. O Eu, a

partir do encontro com o objeto consumido, se coloca em uma posição passiva de contemplação e a vivência do corpo e o componente sexual tornam-se secundários. Ao corpo são delegadas as fontes de sofrimento, principalmente, nos momentos de abstinência da droga.

Além disso, argumenta Aulagnier (1985) que o estado passional, ao transformar o objeto de prazer em objeto de necessidade, libera o Eu de toda responsabilidade no registro da escolha – “objeto obrigado, prazer obrigado e sobretudo **vida imposta**.” (p. 157, grifo da autora). Observa-se então, uma curiosa inversão de lugares na vida pós-moderna – o sujeito que é fruto de uma luta pela liberdade de escolha e autonomia, torna-se *escravo de uma vida imposta*, sem nenhum vestígio da liberdade e autonomia outrora “conquistadas”.

Desta forma, um prazer de que depende da relação entre o Eu e as suas representações, se relaciona com a economia narcísica (AULAGNIER, 1985). Também Fenichel (1981) afirma que o toxicômano apresenta uma fuga em relação aos contatos intersubjetivos, culminando na união do eu consigo mesmo, por intermédio da droga – pode-se considerar que é um sujeito perfeitamente adaptado ao *status quo* e à cultura do narcisismo, discutida em outro capítulo.

Porém, já pontuamos em outro trabalho (GOMES, 2002), o cuidado a ser adotado na utilização do conceito de narcisismo e autoerotismo aplicado à toxicomania, pois a relação do toxicômano com a droga é objetual, *objetal narcísica*. Mas é um objeto ambíguo, indeterminado no lugar que ocupa (dentro e fora do sujeito). Assim, confirma-se o início das discussões sobre a dinâmica psíquica do dependente químico e a valorização das relações de objeto e da dimensão intersubjetiva deste fenômeno.

Para essa análise, utiliza-se da referência de Winnicott (1975), sobre a teoria dos fenômenos transicionais, uma compreensão da função do objeto e suas modalidades de relação, como também, “o extravio desta função” para o dependente químico. Na concepção winnicottiana, a patologia está fundamentada na relação do sujeito com a realidade e mais precisamente, no apoio intersubjetivo do acontecer psíquico (GURFINKEL, 2007).

Além disso, Gurfinkel (2007, 2001) discute um aspecto fundamental na dependência química: a “coisificação do sujeito”, caracterizada por uma transformação das propriedades humanas e vivas em coisa morta, inanimada, o que provoca a indiscriminação entre sujeito e objeto e a substituição de um pelo outro. Desta forma, a

fixação a um objeto implica em uma transformação, do ponto de vista metapsicológico, do registro do desejo para o registro da necessidade:

[...] e que ela indica justamente um paralelismo entre o fenômeno clínico da adicção e o fenômeno social do consumo desenfreado: em ambos os casos está implícita a alienação do sujeito, mesmo que o significado de tal expressão difira nos dois campos. Tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista social, a questão que se segue é: que condições produzem tal alienação? (GURFINKEL, 2001, p. 244).

Do ponto de vista clínico (e metapsicológico), o autor vai se utilizar das concepções de Freud sobre o *fetichismo* e das concepções de Winnicott sobre a teoria dos objetos e fenômenos transicionais. No Fetichismo, a partir das concepções de Freud (1927), vai se operar uma inversão da lei que rege o funcionamento pulsional: a contingência do objeto para a satisfação. A partir dessa fixação, ocorre um deslocamento do objeto da história psicosssexual do indivíduo para o objeto-fetice. A finalidade dessa operação é negar um aspecto da realidade que é intolerável: a castração. Nesse sentido, a realidade é ao mesmo tempo negada e reconhecida, destruída e reconstruída e o Eu permanece cindido em duas atitudes opostas (FREUD, 1927; GURFINKEL, 2001).

Na dependência química observamos a fixação, o que nos remeteria a uma compreensão do modelo estrutural da perversão e poderíamos pensar a droga como objeto-fetice. Porém, o que nos apresenta Gurfinkel é que a “adicção é um fetichismo na sua forma mais pura, destituído de sentido simbólico [...]. Sobreviveu apenas o ato, e repetição compulsiva que o anima; sobrou o ato sem sentido dramático, sem cenário nem enredo.” (p. 242). Mas poderíamos pensar esse modelo e a relação com o objeto-droga para todos os casos de dependência química? Poderíamos utilizar essa compreensão para a dependência química em mulheres?

Concordamos com o posicionamento de Gurfinkel (1995, 2001), utilizando desse modelo o mecanismo que produz a divisão do Eu, mais especificamente uma negação da realidade – ou de determinados aspectos da mesma – com a criação de uma “neo-realidade”. Na tentativa de uma compreensão para a fixação a um objeto na busca de prazer (ou satisfação de uma necessidade), percorremos os caminhos propostos por Winnicott e os objetos/fenômenos transicionais.

Winnicott (1975, 2000) utiliza dos conceitos de “objetos transicionais e fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência: “entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a

atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta” (1975, p. 14).

Winnicott procurou ampliar o enunciado duplo (realidade interna e realidade externa) proposto pela psicanálise, reivindicando uma terceira parte – uma área intermediária de experimentação, que contribui tanto a realidade interna como a realidade externa. É um “lugar de repouso” para o indivíduo, pois pode compartilhar de sua experiência ilusória entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido, sendo uma área entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade. A função do objeto transicional e dos fenômenos transicionais é de defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade de tipo depressivo.

A ausência ou a perda do objeto introduz no bebê uma ruptura de continuidade de experiência, podendo destruir o significado e o valor do objeto para ele. O destino do objeto, com o passar dos anos, é que ele seja gradativamente descatezizado, perdendo o significado, pois os fenômenos transicionais se tornariam difusos em todo o campo cultural:

Nesse ponto, meu tema se amplia para o do brincar, da criatividade e apreciação artísticas, do sentimento religioso, do sonhar, e também do fetichismo, o mentir e do furtar, a origem e a perda do sentimento afetuoso, *o vício em drogas*, o talismã dos rituais obsessivos, etc. (WINNICOTT, 1975, p. 19, grifo nosso).

Winnicott também desenvolveu uma psicopatologia na área dos fenômenos transicionais como, por exemplo, situações de perda e separação vividas pela criança. A partir das concepções do autor, o bebê mantém uma lembrança ou imagem mental (representação interna) nos períodos de ausência da mãe ou de outra pessoa. Porém, se a mãe ficar longe por mais tempo, a representação interna desaparece, e nessa situação, os fenômenos transicionais perdem o sentido. Como consequência, o objeto poderá ser descatezizado ou hiperinvestido.

Nessa última forma de relação (hiperinvestimento), o objeto transicional cumpre uma função de negação da separação e da perda de sentido dos fenômenos transicionais, ou como desenvolve Gurfinkel (2001): “uma estratégia de sobrevivência [...] [anterior à] queda no vazio do desinvestimento, tanto do objeto como do *self*” (p. 246).

Essa compreensão foi discutida por Winnicott (1975), a partir de um caso clínico sobre o exagero do uso de um cordão por um menino. O menino e sua mãe foram atendidos por Winnicott em consultas terapêuticas, quando ele tinha sete anos de idade.

Na entrevista com o menino, utilizando o jogo de rabiscos, Winnicott observa um interesse muito grande por objetos associados ao tema do cordão (laços, chicotes, ioiô, nós etc.). Ao indagar os pais, em uma entrevista posterior, fica sabendo que o menino utiliza estes objetos com certa frequência em suas brincadeiras – amarrava cadeiras, mesas, almofadas, muitas vezes, unindo uns aos outros. Em outro episódio, chegou a amarrar o pescoço da irmã e se pendurou em uma árvore de cabeça para baixo.

Durante as entrevistas, Winnicott se depara com uma mãe, com vários episódios de depressão, que provocaram o afastamento físico e emocional em relação ao filho, com repercussões emocionais a este. Winnicott associa a fixação por cordões com a problemática e temor de separação de sua mãe, sugerindo que o menino estava tentando lidar com este temor, negando-o pelo uso *exagerado* dos cordões. Ele sugere, trabalhando isso com a mãe, para que ela possa ir aos poucos conversando com o filho sobre o assunto.

O sintoma desaparece à medida que o menino pode elaborar o temor da separação. Porém, os sintomas depressivos da mãe perduraram e com efeitos emocionais na vida do filho. A família residia em uma cidade distante, o que dificultava um tratamento mais efetivo e contínuo.

Nesse exemplo clínico, em nota acrescentada, na adolescência, o rapaz desenvolveu uma toxicomania e o autor lança uma pergunta, pertinente às nossas discussões: “um investigador que efetuasse um estudo desse caso de vício em drogas daria a devida consideração à psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais?” (WINNICOTT, 1975, p. 37).

Gurfinkel (2007) discute, a partir deste relato de caso, a relação com as adicções. Através do uso exacerbado do objeto-cordão, configura-se uma defesa contra *a perda do sentido de estar no mundo*, como também, uma “doença” marcada pela relação do *sujeito com a realidade* e uma patologia na área dos fenômenos transicionais. Isto implica uma inversão potencial entre sujeito e objeto, tornando-se o primeiro em sujeito-quase, “escravo de um objeto metamorfoseado em coisa, portadora esta de atributos que seriam próprios do homem.” (p. 23).

Através de um hiperinvestimento no objeto-cordão, o menino procura superar a ausência da mãe em seus episódios depressivos. Supõe-se que as suas ausências prolongadas provocaram uma ruptura de continuidade de experiência, destruindo o significado e o valor do objeto para ele. A obsessão no cordão era uma tentativa de

sobrevivência antes de um “colapso”. O brincar com cordões pode significar a *ligação* e uma necessidade de comunicação com o outro, mas para este menino, o *exagero* poderia representar uma falha de comunicação, que buscava ser negada, compensada pelo hiperinvestimento (GURFINKEL, 2007).

Para Winnicott (1975), a fonte da criatividade está na possibilidade de criação do mundo, sendo que o seu negativo seria um apego delirante a um falso objeto transicional ou um substituto do falo materno. No entanto, a condição para o uso e permanência do objeto transicional é a vitalidade do objeto externo. Aspecto também discutido por Aulagnier (1985) sobre a importância do reconhecimento e investimento do Eu do outro em uma *realidade compartilhada*.

Também priorizando esta concepção, Gurfinkel (2007) cita Rosenfeld (1968) e Christopher Bollas (1992), marcando uma passagem entre a abordagem pulsional para a abordagem da relação de objeto. A importância da retomada destes autores se dá pela pesquisa realizada sobre a toxicomania, detalharemos as posições de cada autor.

Rosenfeld (1968) caracteriza a toxicomania como uma relação objetal no narcisismo primário, uma relação de objeto primitiva, em que a onipotência ocupa papel proeminente, pois o objeto-seio pode ser incorporado e tratado como propriedade do bebê. Os mecanismos de defesa presentes são a identificação (por introjeção ou projeção) e negação da separação. A percepção da separação entre eu e o objeto provoca intensa ansiedade, em função da relação de dependência. Assim, a onipotência configura-se como uma defesa utilizada em relação a todos os sentimentos direcionados ao objeto.

Por sua vez, Bollas (1992) evidencia uma perspectiva intersubjetiva em um artigo sobre a toxicomania. Neste trabalho, o autor identifica que as famílias dos toxicômanos apresentam uma configuração “normótica”, na qual os pais estão psiquicamente afastados de seus filhos, e estes permanecem solitários e isolados. Diz ainda que os pais falham como “objeto transformacional” – o sonho, a fantasia, a criação e o brincar são substituídos pela “coisificação”:

[...] a criança projeta o processo do sonho e da fantasia na mãe, cuja função de *container* é a de dessensibilizar e extinguir a vida psíquica, para permitir a criança ser um objeto-coisa e viver em harmonia com outros objetos-coisa. (BOLLAS, 1992, p. 171)

Portanto, a partir dos modelos conceituais discutidos procurou-se privilegiar as concepções intersubjetivas que vão analisar a dependência química não apenas a partir

de uma dinâmica ou estrutura psíquicas, mas pensar a partir de aspectos intersubjetivos, podendo-se pensar que a relação do sujeito com a droga não se dá por uma satisfação puramente *hedonista e individual*, mas pode indicar a necessidade de encontro com um outro:

[...] algo mais é importante além da excitação e satisfações pulsionais [...] é precisamente o processo de sustentação por um ambiente humano suficientemente bom, da experiência de onipotência e da ilusão constitutiva da criatividade humana; a adicção pode então ser compreendida como um destino possível decorrente da falha nessa sustentação (*holding*). (GURFINKEL, 2007, p. 26)

No entanto, como podemos pensar a dependência química em mulheres? Devemos considerar uma especificidade e diferença na dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva deste grupo?

Alguns autores discutem o risco da generalização dos resultados de estudos com homens e mulheres (e por consequência, a compreensão dos fenômenos). Essa extensão de resultados foi aplicada também nos programas terapêuticos, não se levando em conta as diferenças entre os sexos (HOCHGRAF, 1995; BRASILIANO, 2003, 2005).

Brasiliano (2003) desenvolve algumas concepções sobre a dependência química em mulheres, a partir da experiência de atendimento específico oferecido no PROMUD – Programa de Atenção à Mulher Dependente Química do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq – HC-FMUSP).

A autora discute sobre a relevância dessa diferença no atendimento clínico, através dos grupos e dos atendimentos específicos (interferindo diretamente na adesão ao tratamento e nos resultados terapêuticos alcançados), como também na intensidade com que essas mulheres vivem a situação de desamparo e isolamento social, condição inerente ao dependente químico (BRASILIANO, 2003).

Segundo a autora, a dependência química pode ser incluída nas “patologias do desamparo” (BRASILIANO, 2003). Essas patologias são predominantes na época atual, sendo um resultado do individualismo extremo e do enfraquecimento dos vínculos sociais, impondo “modos de subjetivação que aproximam o indivíduo de vivências de solidão e desamparo” (p. 202). Assim, o objeto-droga cumpre uma função de amortecimento da dor e do sofrimento, garantindo a plenitude.

Porém, o preço para alcançar essa plenitude é tanto a anulação do desejo e a objetualização do outro como objeto de consumo, como também, um profundo

isolamento social e afetivo. A própria subjetividade torna-se objetalizada e os objetos de prazer se transformam em objetos de necessidade. Para as mulheres, o isolamento é mais amplo, em função da estigmatização da dependência feminina, provocando um movimento de exclusão social e o rompimento de laços afetivos e familiares: “pode-se dizer que a mulher se afasta do outro e se culpa por seu comportamento, na mesma intensidade que é culpada e afastada pela sociedade.” (BRASILIANO, 2003, p. 202).

Utilizando o referencial psicanalítico, Pacheco (2007) analisa a especificidade da dependência química em mulheres. Inicia sua discussão com a problemática do estudo sobre mulher na psicanálise a partir da metáfora paterna, estruturante do sujeito e de sua sexualização. Segundo ela, na psicanálise, “falta régua e compasso” para localizar a mulher, pois ora a aprisiona em um circuito fálico (alinhamento mulher e mãe – o filho substituindo o falo perdido), ora resgata a especificidade não-fálica da sexualidade feminina baseada em seu destino anatômico.

Para a autora, Lacan resgata o radicalismo de Freud, articulando o falo simbólico como produto da metáfora paterna, abrindo ao sujeito uma possibilidade de dar um sentido ao significante da falta do Outro. Assim, a metáfora paterna é ato de sexualização do sujeito, posicionando-o em relação a *ser o falo ou ter o falo*. Porém, a mulher se inscreve como um “não-todo” na função fálica – “a mulher se articula a esse impossível, ao limite da linguagem, incurável, intratável...” (p. 50).

Do ponto de vista da dependência química, a autora retoma o conceito de alheamento na relação, onde o sujeito está sob o domínio do Outro: um sujeito à mercê da vontade do outro e uma tendência à submissão e “alienação do amor”. Neste sentido, a droga pode ser usada pela mulher para realizar o casamento com o falo como, por exemplo, nos casos de utilização de drogas para emagrecer – “moldando-se ao falo magro, supostamente desejado pelo homem ou nos casos em que a mulher ‘vai no embalo’ do parceiro usuário para não decepcioná-lo”. (p. 55).

Assim, a droga aparece como suplência à ausência do falo e do lugar que se supunha ocupar para o Outro. Ou seja, através da identificação com alguma “coisa ausente” e, através do uso das substâncias psicoativas, anular a dor da perda do amor e do abandono.

Em outra pesquisa, Munduruca (2008) investiga a constituição e o funcionamento psíquicos de mulheres alcoolistas, utilizando como instrumentos a prova de Rorschach e análise de entrevistas. Neste trabalho foram discutidos aspectos

relacionados à sexualidade feminina, tendo o álcool uma função metonímica do homem (álcool/garrafa/pênis/homem/pai). Assim, o álcool ocuparia a função de negação da falta para “tapar os furos” da cadeia significante, ou seja, simboliza o recalcado e fornece a ilusão ao sujeito de ser o falo no desejo materno.

Através da análise dos dados coletados, a autora conclui que as mulheres alcoolistas de sua amostra são tomadas por fantasias e reações emocionais primárias, impedindo a elaboração de recursos egóicos e mecanismos de defesa apropriados. Apresentam capacidade de representação mental, mas há uma dificuldade de apropriação, comunicação e utilização nas relações interpessoais. A sua singularidade não se mantém nas relações interpessoais, não defendem as próprias ideias e não reconhecem os próprios desejos.

A autora utiliza a expressão “falência subjetiva” para nomear essa dificuldade em relação ao outro, que é motivada por uma fraqueza na imagem de si: “É como se a própria identidade perdesse a força, ao olhar para o outro. Aquilo que ela imagina advir do outro acaba dominando”. (MUNDURUCA, 2008, p. 130) Ora, poderíamos associar as concepções de Aulagnier (1985) sobre as relações assimétricas e a alienação do sujeito, bem como, a posição de alheamento retomada por Pacheco (2007) – o outro invade e domina em função de uma dificuldade de apropriação de si mesmo.

Outro aspecto pontuado pela autora é que as reações emocionais das alcoolistas são primárias, caracterizadas por reações somáticas em detrimento dos processos simbólicos, este aspecto dificultaria a expressão dos afetos e a compreensão do que se passa com elas. Além disso, essa dificuldade de expressão dos afetos e dos desejos contribui para comportamentos estereotipados em um esforço adaptativo. É nessa turbulência que a autora identifica o uso do álcool como a única saída possível:

Esse tipo de adaptação favorece as recaídas, pois a bebida se transforma na única coisa capaz de conectá-las aos sentimentos mais profundos de sua personalidade e, conseqüentemente, de lhes dar uma sensação de acolhimento. (MUNDURUCA, 2008, p. 132).

Outro trabalho importante é o de Chagas (2003), principalmente porque procura discutir a diferença entre o homem e a mulher toxicômanos, sob uma perspectiva da teoria da sexuação. No caso da toxicomania masculina, há uma explosão de paixões e um excesso de excitação. Observa-se uma dissociação do vínculo e ação sexualizada, muitas vezes, tirânica.

Na mulher, outro cenário se apresenta. A autora retoma as condições de acusação e marginalização que ficou submetida a mulher no decorrer da história – na

tradição judaico-cristã e na tradição islâmica. Neste percurso histórico, a mulher assumiu lugares de bruxa, endemoniada e histérica, ordenados pelo discurso masculino:

A mulher, que sempre esteve às voltas com a busca de um lugar, nunca mesmo o ostentou, como observamos, por exemplo, na alma feminina clássica muito bem representada pela Rapunzel, entre outras historinhas infantis: beleza oculta, resignação e esperança de servir ao homem. Almejava ser grande apenas na sombra dele [...]. (CHAGAS, 2003, p. 83)

Mas, a mulher funda a revolução feminista e no século XX, ela sai do contexto familiar e privado para participar da vida pública dentro de um modelo masculino e constrói a sua independência e autonomia. No entanto, Chagas sugere uma curiosa relação entre a mulher adicta e mulher moderna – a mulher “engajada” na toxicomania é a expressão de rebeldia como protesto pelo lugar da mulher moderna.

“A mulher toxicômana é a mulher de antes” (p. 84), ou seja, ela aceitaria a imobilidade feminina, preferindo uma segurança e uma estabilidade no amor-droga, uma relação passional.

Diremos que na busca de seu desejo e, portanto de seus limites, ou do falo simbólico, a mulher contemporânea denuncia, na pluralidade de seus sintomas, uma crítica sobre uma potência subjetiva que não encontra meios psicossociais, mas não só, para desenvolver. (CHAGAS, 2003, p. 87)

Faz-se necessário uma pontuação a respeito dos trabalhos apresentados sobre a dependência química em mulheres. Nos trabalhos com o referencial psicanalítico, é comum encontrarmos a associação entre droga e elemento fálico, cumprindo uma função de suplência para os sujeitos (para as mulheres, neste caso). É possível pensarmos nesta relação, a partir da inversão sujeito-objeto como consequência dos tempos atuais com efeitos devastadores na subjetividade.

No entanto, questiona-se porque a mulher adicta (e também o homem adicto) se lança nesta busca desenfreada pelo complemento fálico? Seria possível propor uma ruptura com essa lógica fálica ou desconstruir esse discurso em torno da dependência química em mulheres? Retomaremos essa discussão no próximo capítulo.

Em outro sentido caminha o artigo de Chagas (2003), propondo que a toxicomania feminina se inscreve em outro contexto histórico e social da mulher. O comportamento adicto revelaria um protesto e uma negação da mulher moderna, dada a ausência de condições para o desenvolvimento de suas potencialidades, a mulher adicta procura “algo que a proteja”.

Portanto, diante desse quadro, como pensar as modalidades de intervenção (e tratamento)? Parafraseando Freud – a mulher dependente química tem cura?

#### **1.4 O tratamento e o dispositivo de grupo**

No tratamento da dependência química devem ser considerados alguns aspectos preconizados pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Entre eles, enfocamos a heterogeneidade dos usuários e a ruptura com uma lógica binária que mantém o problema em fronteiras rigidamente separadas. Estes dois aspectos norteiam as perspectivas de tratamento no âmbito da Saúde Pública.

A dependência das drogas é um transtorno onde predomina a heterogeneidade, afetando as pessoas de diferentes maneiras e circunstâncias. Por essa razão, muitos consumidores não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, abandonando os serviços. Neste cenário – heterogêneo e complexo – faz-se necessário a construção (e convivência) de diferentes estratégias complementares, incluindo as intervenções para o retardo do consumo, para a redução dos danos associados ao uso e a superação do consumo (BRASIL, 2003).

Pela lógica binária, o âmbito clínico de intervenção se opõe ao campo da saúde pública. Mas, nessa perspectiva perde-se a possibilidade de interlocução da clínica e as singularidades dos sujeitos atendidos com a análise da saúde coletiva e as expressões de uma comunidade, de uma localidade, de um tipo de afecção, de uma categoria social ou de gênero. A proposta da Política de Atenção Integral em álcool e outras drogas procura superar essa lógica, por uma transversalização, em que estabeleça um atravessamento de diversos saberes, “de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção” (BRASIL, 2003, p. 9).

Como essa prática pode ser implementada nos campos da saúde pública e nas instituições de tratamento para a dependência química? Qual a contribuição dessa perspectiva para a especificidade do tratamento da dependência química em mulheres?

Primeiramente, propõe-se uma ruptura com a associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas), pois essa noção vincula um único objetivo a ser alcançado: a abstinência. Além disso, estigmatiza determinados grupos de usuários de drogas, se perde o sentido da clínica e o empobrecimento da saúde coletiva.

Trata-se, portanto, de acolher o paciente e sua história no âmbito da clínica e no âmbito da saúde coletiva, levar em conta a diversidade e a especificidade dos grupos populacionais e as suas individualidades nos modos de adoecer (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois se tratando de singularidades, é necessário lidar com as diferenças e a proposta de redução de danos oferece um caminho promissor:

Porque reconhecer cada usuário em suas singularidades, traça com eles estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como *um* método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros (BRASIL, 2003, p. 10).

Esse documento apenas inicia a discussão sobre implantação de serviços de atenção à saúde. Mas, a política pública de redução de danos é citada com maior destaque do que em anos anteriores, opondo-se explicitamente à visão tradicional de redução da oferta, pautando-se em dois argumentos: a) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; b) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente (BRASIL, 2003; MORAES, 2008).

No entanto, a implantação de programas e ações pautadas nessa abordagem ainda é alvo de críticas e censuras, gerando polêmicas e contradições de várias ordens, das quais não nos aprofundaremos neste trabalho. De qualquer forma, são considerados o respeito à singularidade e às escolhas do sujeito, norteados as formas de intervenção e o tratamento. Para tanto, privilegia-se a escuta desta singularidade: “Do sujeito toxicômano muito se fala, mas pouco se escuta.” (CONTE, 2004).

Conte (2004) fundamenta que na escuta dos toxicômanos, a psicanálise auxilia na problematização de práticas de anulamento subjetivo, questionando os ideais de abstinência e as formas de abordar as toxicomanias que agravam o sofrimento psíquico. Assim, há uma recusa ao achatamento do sujeito a uma passividade que pede assistencialismo, ou a um sujeito-corpo (orgânico e biológico), que pede solução medicamentosa, ou ainda, a um sujeito ideal, que apela por felicidade no reencontro com um objeto harmônico, ao preço de não se envolver com seus conflitos psíquicos.

Portanto, como nos lembra Silveira (1996), o que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas a liberdade. A liberdade na participação de seu tratamento, liberdade que permite o estabelecimento de um vínculo e a construção de propostas diversificadas para cada usuário e a sua rede social (CONTE, 2004).

As estratégias e modalidades de intervenção no tratamento da dependência química devem ser diversificadas, levando-se em conta, a complexidade do problema e a heterogeneidade do usuário. Entre essas modalidades, destacamos o dispositivo de grupo.

No tratamento às mulheres dependentes, além de programas exclusivos, pois possibilitam sua participação integral, é indicada a utilização de grupos homogêneos. Os grupos mistos podem restringir os comportamentos, as oportunidades e a influência da mulher, sendo que os problemas das mulheres podem ser negligenciados, considerando-se o maior número de homens em relação às mulheres no grupo (BRASILIANO, 2003; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Além disso, o grupo de psicoterapia se constituiu como um espaço, onde era possível observar, interpretar e viver “as fantasias, os medos, os sonhos, as resistências e as emoções de cada uma”, configurando-se como um lugar de análise:

Nessa direção, parece que para a mulher a criação de um espaço vincular, onde a identificação primária com o outro do mesmo sexo e com a mesma problemática está favorecida, facilita o desenvolvimento da intimidade e o falar gerador de sentido. (BRASILIANO, 2003, p. 201).

Para essas mulheres, segundo Brasiliano, que vivem constantemente a estigmatização de seu sofrimento e o rompimento dos laços e vínculos familiares<sup>11</sup>, o grupo homogêneo se configura como um alívio das críticas, dos julgamentos e das condenações sociais. O grupo funciona como um primeiro dispositivo de contenção, como um lugar de apoio e sustentação da subjetividade, “permitindo a emergência da angústia e a possibilidade do trabalho de elaboração psíquica” (BRASILIANO, 2003, p. 203).

Já desenvolvemos em outro trabalho (GOMES, 2002) que o grupo pode oferecer a possibilidade de “reencontro” com objetos de um cenário interno e a possibilidade de elaboração e percepção desses conteúdos: “inserindo o sujeito em uma referência espaço-temporal nova e determinada pela mobilização de formações psíquicas que só se manifestariam no grupo.” (p. 111).

---

<sup>11</sup> A partir da nossa experiência, observa-se também, que os familiares encontram dificuldades para a compreensão da problemática das mulheres dependentes químicas. Muitas vezes, a mulher ainda vive com seus familiares, mas as relações estão empobrecidas e se observa um profundo distanciamento emocional que coloca a mulher em um isolamento acentuado, conforme já desenvolvido por alguns autores nesse trabalho.

Discutimos também que o grupo oferece uma possibilidade de elaboração dos vínculos, diferente de um lugar “mágico” que é ocupado pela droga, funcionando como um espaço potencial (FERNANDES, 1994; GOMES, 2002). O grupo também funcionaria como um lugar articulador, funcionando como uma referência, uma possibilidade de comunicação neste espaço, diferente da ausência de apoio e sustentação nas instituições sociais (semelhante à experiência das mulheres dependentes químicas). Pensamos que esse espaço, possibilita “*falar de coisas que não se fala nem com a família* e, talvez, falar de coisas que nem se sabe onde dizer” (GOMES, 2002, p. 113).

No entanto, outras possibilidades de construção teórica e, conseqüentemente, de intervenção compõe o cenário atual nas teorias psicanalíticas de grupo. Entre elas, a concepção de René Kaës que concebe o dispositivo grupal como um espaço para um trabalho privilegiado, pois envolve certas formações e processos psíquicos específicos, ou seja, “o trabalho psíquico da intersubjetividade está sendo considerado, aqui, como o trabalho psíquico de outro ou de mais de outro na psique do Sujeito do Inconsciente.” (FERNANDES, 2003, p.50).

Entre os pacientes ou situações indicadas para o tratamento em um dispositivo de grupo, Kaës (2000, 1997) cita as crianças gravemente perturbadas, certas patologias na adolescência, as adicções e as sequelas traumáticas. Para esses sujeitos, esse dispositivo possibilitaria a estruturação e a atividade do pré-consciente, através da função pensante de um outro (ou mais de um outro) e na restauração da atividade da memória, da linguagem e da interpretação.

A partir dos conceitos da área transicional de D. W. Winnicott, Kaës (1979) propõe o termo *transicionalidade* para designar uma zona intermediária de experiência e um processo de passagem entre dois estados subjetivos. A *transicionalidade* é um princípio de funcionamento do aparelho psíquico no contato com a intersubjetividade, configurando os limites internos e externos. Este método de tratamento, do qual falaremos mais adiante, procura intervir nas crises intrapsíquicas e intersubjetivas pelo restabelecimento das continuidades psíquicas.

Desta noção surge a Análise Transicional, um dispositivo capaz de produzir em cada sujeito condições para a elaboração da experiência de crise e que poderia operar sobre as alianças inconscientes. É utilizada como um método de investigação dos processos psíquicos e intersubjetivos, como também, de intervenção terapêutica. Este dispositivo pressupõe a instauração de um *enquadre* e de funções a ele relacionadas.

Este método possibilita condições para a capacidade de restabelecer, na experiência de ruptura, símbolos de união. A transicionalidade é um processo, compreendendo algumas funções e ocupando um lugar determinante nos jogos da grupalidade e da individualidade: “Eu proponho que a *análise transicional* seja o exercício de uma prática psicanalítica que estabeleça as condições necessárias para o trabalho psicossocial de elaboração da experiência de ruptura entre dois estados” (KAËS, 1979, p.64).

Quando estudamos o grupo, levamos em conta a idéia de um entrelaçamento psíquico intersubjetivo, sendo que o aparelho psíquico é constituído de lugares, processos e introjeções, que foram herdados, recebidos, depositados, transformados e transmitidos. Sendo assim, o grupo se torna o espaço privilegiado para investigação e transformação desses processos.

O autor postula que o grupo dispõe de condições favoráveis para a encenação das fantasias do sujeito, funcionando dessa forma como um sonho e a realização do desejo inconsciente. O grupo forneceria elementos para a dramatização das ações psíquicas – lugares recíprocos e permutáveis:

O sujeito contribui para a formação e manutenção da realidade psíquica no grupo, tomando aí um lugar correlativo de outros lugares; esses são administrados pelos organizadores inconscientes que os mobilizam e pelos sistemas contratuais de pacto ou de alianças que regem as relações psíquicas de cada um e do conjunto. (KAËS, 1997, p. 195).

Outro aspecto que compõe a construção teórica e conceitual desse trabalho é o feminino e a feminilidade no campo da metapsicologia e da constituição da subjetividade, a partir do referencial psicanalítico. Concordamos com Brasiliano (2003), ao afirmar que existem duas condições indissociáveis da mulher adicta: ser mulher e ser dependente.

## 2. A FEMINILIDADE NA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA

*Só amamos eroticamente o que se exprime de modo físico,  
no sentido mais amplo do termo, o que, por assim dizer,  
se revestiu de símbolos corporais;  
e essa é uma via muito indireta que leva  
de um ser a outro ser.*  
Lou Andreas-Salomé

O conceito de feminino e feminilidade na psicanálise é amplo e muito controverso, com diferentes autores e abordagens diferenciadas para o tema. Supõe-se que, assim como nas pesquisas sobre dependência química em mulheres, muitos aspectos foram negados e o modelo da sexualidade masculina foi utilizado para a compreensão da sexualidade feminina, sendo esta última o negativo da primeira<sup>12</sup>. Assim, a sexualidade feminina ocuparia o lugar de uma *sombra* – uma coisa impalpável, imaterial e uma parte do *corpo que não é iluminada diretamente*.

Na obra freudiana, o feminino apresenta-se das mais variadas formas, possibilitando inúmeras vias de pesquisa – no campo da sexualidade e em *tornar-se mulher*, no campo da metapsicologia e nos estudos sobre a pulsão, ou ainda, no campo da constituição da subjetividade.

Inicialmente, pretende-se contextualizar as construções teóricas psicanalíticas em um momento histórico: a modernidade, demonstrando que a teoria sobre a sexualidade feminina foi influenciada por valores históricos e culturais.

As concepções sobre a sexualidade feminina e feminilidade são apoiadas nas elaborações de Freud e de outros psicanalistas, como também, em autores que apresentam uma contraposição a estes postulados, denunciando o que Freud (e outros psicanalistas) “deixou de lado”.

---

<sup>12</sup> Utiliza-se o termo negativo, no sentido psicanalítico, ou seja, a utilização de um modelo de explicação da sexualidade hegemônico, que exclui a singularidade e as características peculiares de outros modos de subjetivação. Portanto, a utilização de um modelo hegemônico está mais relacionada com a negação da diferença do que com um modelo teórico conceitual. Utilizaremos no decorrer deste capítulo das concepções de Monique Schneider para a discussão desses aspectos.

## 2.1. Ideal de feminilidade<sup>13</sup>: a mulher “planejada”

Ao longo de toda a Antiguidade, tendo influências até o século XVII, prevaleceu a tese do sexo único e da superioridade do homem sobre a mulher. Aristóteles, partindo da teoria das quatro causas – material, formal, eficiente e final –, concebeu a geração como diversamente distribuída entre as figuras do homem e da mulher. Com efeito, se a mulher seria a sede e o vetor da causa material da geração, caberia ao homem o poder da causa formal. Sendo essas causas concebidas de maneira hierárquica na ontologia aristotélica – isto é, a causa formal sendo considerada superior e a causa material, inferior –, a superioridade masculina estaria propriamente inscrita em ato na própria geração dos seres, já que sem a forma de nada valeria a matriz feminina na sua materialidade bruta (BIRMAN, 2001b).

A figura do macho então seria a responsável pela transmissão da humanidade propriamente dita, já que apenas aquele seria o portador do princípio divino. Isso porque a forma, enquanto essência seria o ato, sendo esta, pois, a perfeição em que se transmite a marca do divino. Por isso mesmo, o macho seria, ontologicamente falando, o princípio motor e gerador, isto é, o único ser que poderia engendrar um outro.

Em contrapartida, a figura da fêmea, enquanto matéria esperaria passivamente para ser engendrada. A figura do macho seria relacionada à atividade e a da fêmea à passividade (BIRMAN, 2001b).

Galeno, a partir do pensamento de Aristóteles, introduziu a teoria dos humores, sendo o sexo do ser humano determinado pela presença ou ausência do humor quente, ou seja, a presença e a dominância do humor quente no ato da geração produziriam o sexo masculino e sua *ausência*, o feminino.

Galeno supunha uma homologia entre os elementos presentes nos aparelhos genitais do homem e da mulher, relacionado ao paradigma do sexo único. Assim, a invaginação dos diversos elementos da genitália feminina seria a consequência da ausência relativa do humor quente no corpo das mulheres. Isso expõe o princípio de isomorfismo e identidade do aparelho anatômico nos dois sexos (FOUCAULT, 1985b; BIRMAN, 2001b).

---

<sup>13</sup> O termo feminilidade aparece nas obras consultadas relacionadas a diferentes concepções. Portanto, optou-se em manter o termo utilizado pelos autores e como forma de expressar as diferentes concepções ao termo, utiliza-se “ideal de feminilidade” para expressar um ideário do feminino estabelecido pela modernidade, tal como desenvolve Maria Rita Kehl (2008) e “conceito de feminilidade” para expressar um conceito psicanalítico, tal como desenvolve Monique Schneider e Joel Birman.

Birman (2001b, 2006) propõe uma leitura que associa uma oposição entre masculino e feminino com a luminosidade e a obscuridade, já que o masculino se associaria, pela projeção para fora, com a exterioridade, enquanto o feminino se ligaria, pela invaginação (com a interioridade). Esta oposição se desdobraria em outra, pela qual a verdade estaria no polo masculino, considerando-se que a luminosidade se articularia com a via da verdade, enquanto o feminino pela escuridão, isto é, com a não-verdade. “Além disso, é preciso evocar que o pólo masculino seria a representação da atividade e da ação, isto é, o que faz protuberâncias e penetra no espaço exterior, enquanto o feminino seria a representação da passividade e da recepção.” (p.38)

O autor argumenta que essa construção marca uma hierarquia na relação entre homens e mulheres, atribuindo aos homens o lugar de perfeição e às mulheres, a imperfeição. Essa diferença possibilitaria a transformação de uma mulher em homem, a partir da presença do humor quente, mas o contrário não seria possível. Ou seja, se o homem representa a perfeição e a mulher, a imperfeição; a passagem do primeiro ao segundo seria impossível, sendo ilógico supor que a perfeição tornar-se-ia imperfeita. “Conseqüentemente, a passividade se transmutaria então em atividade, a recepção em ação e a obscuridade se faria subitamente luz. Enfim, a verdade se imporá efetivamente sobre a não-verdade” (BIRMAN, 2001b, p.40). Nota-se que, ao homem são atribuídas características imutáveis.

O aspecto curioso é que essas concepções prevaleceram nos séculos seguintes e, ao longo do século XVIII e início do século XIX, a teoria natural da diferença sexual irá se impor progressivamente, atribuindo não mais a sexualidade ao monismo e sim à prevalência da diferença com base na anatomia e na biologia. No século XX, com o desenvolvimento da genética, como ciência, passou-se a indicar essas diferenças essenciais no registro cromossômico.

A ontologia dos dois sexos foi também estabelecida, no final do século XIX, no registro dos hormônios, de maneira que se impôs a noção de existência de um sexo hormonal, como fundador da diferença sexual (BIRMAN, 2001b).

Portanto, a partir do paradigma da diferença sexual, as faculdades morais e psíquicas dos sexos passaram a ser determinadas pelos efeitos diretos das marcas biológicas. E é neste panorama que se fundamenta o destino inexorável da mulher em direção à maternidade:

Foi a construção estrita do ser da mulher em torno da figura da mãe e da finalidade específica de *reprodução da espécie* o que estava em pauta na

teoria da diferença sexual. A maternidade foi então concebida como algo de ordem instintiva, como uma potencialidade da fêmea como organismo, impondo-se, pois, como um imperativo inelutável para o ser da mulher. Foi por este viés que a hierarquia e a relação de poder entre os sexos foram mantidas no contexto da concepção da diferença sexual (BIRMAN, 2001b, p.51, grifo do autor).

Esta modalidade de inserção no campo social – a caracterização da figura da mulher pelo “dom” da maternidade – está definida por sua potencialidade natural e pelas faculdades morais femininas, ou seja, o domínio dos afetos sobre a racionalidade. Essa potencialidade lhe forneceria a possibilidade de acolhimento e de cuidado em relação ao outro, sendo que o homem seria naturalmente destituído dessa característica natural.

O homem é definido pelo *logos* e pela *razão*, abrindo outras possibilidades de existência e lugar social: “Pelos seus traços, definidos sempre pelas virtualidades do seu organismo, a figura da mulher estaria, pois, mais próxima do polo da *natureza*, enquanto a do homem, pela mesma razão, se aproximaria do polo da *civilização*.” (BIRMAN, 2001b, p.56). Schneider (2003, 2006) também apresenta uma análise importante sobre as dualidades natureza-civilização e feminino-masculino, refletindo sobre os efeitos na constituição da subjetividade.

O conceito de natureza propiciou uma emancipação do homem em relação a Deus. No entanto, o mesmo não aconteceu com as mulheres, a “sua natureza” tornou-se um argumento poderoso na determinação de um lugar social – a maternidade. Ao assumir esse lugar se impõe algumas virtudes como: o recato; a docilidade; uma receptividade passiva em relação aos desejos; e a necessidade dos homens e dos filhos como uma única possibilidade de realização (KEHL, 2008).

A partir dos parâmetros da eficácia industrial e da moralidade burguesa, observa-se o surgimento da família nuclear, com uma separação nítida entre os espaços público e privado, uma modificação da sociedade europeia e a emergência de outro sujeito.

Com as configurações familiares da moralidade burguesa, surgem novos dispositivos de controle da sexualidade e a família passa a funcionar como ponto de convergência entre discursos e esses dispositivos no espaço privado – características do biopoder. Discute-se que os poderes disciplinares modernos sobre a sexualidade e os modos de subjetivação funcionam no microcosmo da vida privada:

Um rápido crepúsculo se teria seguido à luz meridiana, até as noites monótonas da burguesia vitoriana. A sexualidade é, então, cuidadosamente

encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. (FOUCAULT, 1985a, p. 9)

A perspectiva de Foucault permite uma análise da historicidade do sujeito, visto como ponto de convergência entre poderes, formações discursivas, dispositivos de produção, de controle e de agenciamento libidinal. Esta perspectiva provocou uma ruptura com a concepção universalizante sobre a subjetividade e de determinações intrapsíquicas.

Nesse novo cenário da modernidade, a família ocupa uma função importante em oposição ao espaço social – um lugar de intimidade, de privacidade e de relaxamento para o sujeito. Para os homens, a família tornava-se um lugar sagrado e a esposa deveria garantir a tranquilidade e a harmonia do lar. A família nuclear e o lar burguês são tributários de um padrão de ideal de feminilidade, atribuindo funções sociais à mulher: a responsabilidade pelo lar, o cuidado com os filhos e o asseguramento da virilidade do homem burguês (KEHL, 2008).

No entanto, no imaginário social, discursos e expectativas contraditórias convivem e entram em choque, sendo que os ideais de submissão feminina contrapunham-se aos ideais de autonomia de todo sujeito moderno; os ideais de domesticidade contrapunham-se aos de liberdade; à ideia de uma vida predestinada ao casamento e à maternidade contrapunha-se a dimensão de escolha de cada sujeito. Assim,

à feminilidade como construção social, correspondente a um conjunto de funções socialmente essenciais, opunha-se a nova personalidade individual, diferenciada de acordo com a composição ‘autoral’ de cada sujeito. (KEHL, 2008, p. 44)

Nesse contexto, a cultura europeia dos séculos XVIII e XIX produziu discursos para promover uma perfeita adequação entre as mulheres e um conjunto de atributos, funções e restrições denominado *feminilidade*.

A partir das características de sua natureza, ou seja, da anatomia e suas vicissitudes, os discursos médico-científicos afirmam que a “natureza” da mulher precisaria ser domada pela sociedade e pela educação, com o intuito de cumprir o destino a ela designado. Observa-se que o domínio e coerção das mulheres contrapõem-se à liberdade e autonomia proferida pela modernidade. Como seria possível a

convivência de postulados tão opostos? Quais os argumentos que legitimavam tal prática?

A legitimação dessa forma de coerção e imposição pautava-se no discurso científico e na “naturalização” da diferença sexual. No paradigma da diferença sexual, homens e mulheres, a partir de uma visão naturalista do ser humano, teriam essências diferentes, sendo irreduzíveis entre si:

Seria a biologia, nos seus aspectos anatômico e fisiológico, que funcionaria como divisor de águas na natureza, diferenciando de maneira cortante o ser do macho e o ser da fêmea. Desse substrato essencial se constituiria, então, o fundamento destes. Portanto, essas essências diferentes esboçariam os horizontes possíveis e diversificados para a inserção do macho e da fêmea não apenas nas relações entre si, mas também nas suas inscrições no espaço social. Seriam, então, as essências naturais diferentes que delineariam as *possibilidades* e as *finalidades* sociais diversas para os sexos. Enfim, o discurso da diferença sexual esboçaria uma *ontologia* dos diversos sexos, que se discriminariam definitivamente, isto é, de forma incontornável e irreversível (BIRMAN, 2001b, p.35).

A “naturalização” da diferença dos sexos expõe um paradoxo, à medida que mantém uma relação hierarquizada entre o homem e a mulher em um cenário histórico que discute a igualdade de direitos – a Revolução Francesa.

Birman (2001b) argumenta que esse paradoxo, presente nas concepções psicanalíticas, pauta-se em concepções da Antiguidade, adaptadas à Modernidade. A utilização das teorias da Antiguidade buscava justificar a importância da maternidade para a mulher, em função de suas características biológicas e “naturais”, essas mesmas características justificavam um tratamento diferenciado para a mulher, contrapondo-se ao ideal de Igualdade. Portanto, os discursos científico e psicanalítico legitimavam o tratamento diferenciado aos sexos.

A tentativa para reduzir todo o sexo à sua função reprodutiva, à sua forma heterossexual e adulta contou com algumas estratégias, configurada como dispositivos de poder-saber. Entre elas, citamos a “histerização do corpo da mulher”, como um conjunto de estratégias pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade (FOUCAULT, 1985a).

Esse corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas e foi posto em comunicação orgânica com o corpo social, com o espaço familiar e com a vida das crianças: “a Mãe, com sua imagem em

negativo, que é a ‘mulher nervosa’, constitui a forma mais visível desta histerização.” (FOUCAULT, 1985a, p. 99).

Assim, a histeria torna-se uma das figuras privilegiadas do discurso médico, juntamente com o infanticídio, a prostituição e a ninfomania, consideradas como desvio moral e anomalia das mulheres (BIRMAN, 2001b, 2006).

No entanto, Birman (2001b, 2006) analisa que as anomalias configuram uma *recusa da maternidade* imposta às mulheres, constituem-se como um erotismo positivado assumido como outra dimensão efetiva da existência feminina. Neste caso, o que se apresenta como desvio é a manifestação de uma resistência à imposição vitoriana.

Exceção deve ser feita para a histeria, pois:

[...] diferente das figuras acima delineadas, a histeria não passa como aquelas para o registro da ação, mas manteria sua rebeldia justamente no registro do *imaginário*. Vale dizer, a mulher histérica seria aquela que gostaria de ser como a prostituta, a ninfomaníaca e a infanticida, mas que não suportaria ou não agüentaria como as outras passar da imaginação para a ação, isto é, deslocar-se do registro da fantasia para o do ato (BIRMAN, 2001b, p. 78-79, grifo do autor).

Assim, a histeria é um modo de subjetivação, resultando do controle dos corpos e da sexualidade pelos dispositivos do biopoder. A histeria é a produção de um conflito psíquico entre as demandas inconciliáveis do erotismo e da maternidade.

Pela psicanálise é possível propor uma ruptura com a concepção de uma sexualidade exclusivamente dirigida para finalidades reprodutoras. Freud destaca e positiva a dimensão de prazer necessário ao ser humano e às mulheres, inclusive. A histérica passa de uma anomalia para a manifestação de um corpo desejante, sendo o recalque sexual a base de suas perturbações psíquicas (BIRMAN, 2001b), assumindo a qualidade de uma “forma de expressão” (KEHL, 2008).

Freud tornou-se o interlocutor dessas mulheres em sofrimento, mas não reformulou fundamentalmente sua teoria sobre a sexualidade feminina, paradoxalidade presente em sua obra. Kehl (2008, p. 183) analisa esta situação:

A recusa das históricas em aceitar a feminilidade como modelo de subjetivação e de sexuação deve ter criado uma crise para o próprio Freud, uma vez que – como veremos na leitura de suas cartas à noiva Marta Bernays – também ele compartilhava do ‘ideal admirável a que a natureza destinou as mulheres’.

É preciso sublinhar, como nos lembra Kehl (2008), que a recusa do papel da maternidade e a produção da histeria se deu diante de um fracasso na realização e satisfação dos prazeres, oferecidos pelo casamento, conforme análise que a autora realiza do romance de Gustave Flaubert, *Madame Bovary*.

Pelos romances na era vitoriana, a moral oitocentista ficava em suspenso, prevalecendo o romance erótico do imaginário literário: “A vida de Emma [Bovary], suspensa entre a dureza do real e a imaterialidade de suas fantasias, é o fio condutor deste romance que não poderia deixar de ser realista pela crueldade de seus pressupostos.” (KEHL, 2008, p. 161).

Porém, os valores sociais se transformaram, assistimos algumas conquistas femininas e o questionamento dos valores absolutos. Poderíamos ainda utilizar o ideal de feminilidade como característica da mulher na pós-modernidade? O sintoma histérico ou o sofrimento psíquico das mulheres estaria, na atualidade, inscrito nos dispositivos de controle do biopoder e no recalque da sexualidade? Não vivemos em uma era da libertação feminina? Utilizaremos alguns autores para o desenvolvimento dessas questões.

Lipovetsky (2000) apresenta uma reconstrução da história da mulher, caracterizando três momentos ao longo dos séculos. O primeiro momento é caracterizado pela dominação social da figura feminina pela figura masculina. Portanto, aos homens era reservado o espaço social e os valores positivos e às mulheres, a invisibilidade e os valores negativos, com exceção da função da maternidade, valorizada pela descendência gerada por ela.

Na segunda metade da Idade Média, surge outro modelo, enaltecendo os papéis e poderes da mulher – o código *cortês*. A partir do século XII, desenvolve-se o culto à dama amada e as suas perfeições. Na Era Moderna, o enaltecimento continua, porém sacralizando a esposa-mãe-educadora. O terceiro momento na história das mulheres é caracterizado pelas relações estabelecidas na atualidade – a autonomização da figura feminina (LIPOVETSKY, 2000).

Nesse terceiro momento, algumas características marcam uma profunda diferença com os períodos históricos anteriores: um enfraquecimento do ideal da mulher no lar; a conquista do direito à dissolução do vínculo; da legitimidade do acesso ao estudo e ao trabalho; do direito de voto; da liberdade sexual e do controle da procriação. Assim, os destinos “naturalmente pré-traçados” – casar, ter filhos, exercer as tarefas

definidas pela comunidade social – se transformaram em uma das possibilidades de escolha da mulher. No entanto, apesar da ênfase libertária e do acesso livre ao prazer e à sua expansão, a reivindicação e a supervalorização do amor continua sendo um traço diferencial presente na mulher desde as épocas anteriores (LIPOVETSKY, 2000).

Portanto, a perspectiva destacada atribuí ao código do amor-paixão, com a sua origem no amor cortês, uma imagem social mais positiva da mulher, permitindo a essa novos poderes pela comunicação amorosa:

Pelo menos durante o tempo da corte, a mulher adquire a condição de soberana do homem: já não é tomada nem dada, é ela quem escolhe se dar, quem recebe as homenagens do apaixonado, dirige o jogo e concede, quando quer, seus favores, não podendo o pretendente tomar mais do que a mulher decide ceder. O código do amor banuiu as formas de brutalidade e de impulsividade viris, prescreveu atitudes masculinas mais refinadas, mais respeitadas com as mulheres. Atitudes que supervalorizam o amor, porque ele implica um reconhecimento do direito das mulheres de exercer certa dominação sobre os homens, uma vez que preconiza comportamentos masculinos que levam mais em consideração a sensibilidade, a inteligência e a livre decisão das mulheres. (LIPOVETSKY, 2000, p. 46)

Fuks (2002), utilizando a análise de Lipovetsky, comenta sobre os três períodos históricos. No primeiro período, “a mulher era considerada um *mal necessário*, confinada às atividades sem destaque social” (p. 106, grifo da autora).

No segundo período, a mudança implica dizer que o destino do feminino caracteriza-se pela imprevisibilidade e abertura, acompanhado do poder de governar-se e sem um caminho social pré-fixado. Apesar da possibilidade de escolha, a permanência da mulher vinculada à supervalorização do amor é analisada por Fuks (2002) e Kehl (2008). Argumentam que o amor era a única saída possível frente a um destino de subordinação, reclusão doméstica e impossibilidade de se inserir em projetos de relevância social, carregado de insatisfação e monotonia: “Fazer da dependência amorosa, pelo caminho da paixão, uma experiência de intensificação radical, possibilitaria o acesso a um sentido existencial transcendente.” (FUKS, 2002, p. 108). É através do amor que a mulher procura um reconhecimento e uma valorização de si mesma, justificando o superinvestimento feminino no sentimento amoroso.

Nessa perspectiva, o superinvestimento no amor-paixão prescinde de uma carga autodestrutiva (auto-anulação e idealização do ser amado) (FUKS, 2002), e sim revelaria um desejo de ser reconhecida e valorizada como possuidora de uma “subjetividade insubstituível” (LIPOVETSKY, 2000).

Por sua vez, Lipovsky (2000) desenvolve duas tendências contraditórias que organizam a relação da mulher com a paixão romanesca – uma se inscreve no imaginário tradicional da dependência da mulher ao outro e no “desapossamento subjetivo”. A outra sugere um reconhecimento da autonomia feminina e a “posse de si”, exprimindo uma exigência moderna de reconhecimento individual, de autovalorização: “O culto feminino do amor deve ser interpretado como um impulso dos valores modernos, fiel, porém, à lógica da divisão tradicional dos sexos.” (p. 47)

Ressalta-se, a partir da análise desse autor, o aspecto paradoxal que permanece nas relações intersubjetivas (e principalmente, amorosas) das mulheres, apesar das mudanças históricas observadas:

Como se sabe, em nossas sociedades os papéis de sexo não são mais intangíveis: a dinâmica da igualdade já conseguiu desqualificar, entre outras coisas, a “dupla moral” sexual, o imperativo da virgindade, a destinação das mulheres ao lar, inúmeros bastiões tradicionalmente masculinos. Por que, então, a assimetria amorosa não é levada pelo mesmo movimento? *Por que se assiste ora ao desmoronamento de princípios sociais seculares, ora à sua prorrogação?* (LIPOVETSKY, 2000, p. 48, grifo nosso).

O autor analisa essa contradição através de uma vinculação da distribuição não igualitária dos papéis amorosos aos referenciais da cultura individualista moderna. A dominante do feminino na cultura amorosa se mantém em razão de sua adequação às aspirações de liberdade e de realização íntima. Ao mesmo tempo em que, encarna a “servidão” e a extrema dependência em relação ao outro, mas também explicita os valores da paixão individualista, pelo livre desenvolvimento das inclinações e dos desejos pessoais: “o amor é promessa de plenitude da vida ao mesmo tempo que experiência intensa da unicidade do eu.” (LIPOVETSKY, 2000, p. 49), tornando-se compatível com projetos de autonomia individual e com possibilidade de compromisso profissional e social.

Supomos que o amor-paixão não atende aos prazeres e alcance da plenitude da vida, permanecendo muitas vezes, apenas a “servidão”. Isto se dá diante da imprevisibilidade e contingência do outro nas relações intersubjetivas – a promessa de realização pelo amor não se concretiza.

Outros autores como Caiaffa *et al.* (2002), analisam essa situação através de uma articulação entre a mulher, o feminino, os apelos da contemporaneidade e a instauração dos laços sociais.

Os autores discutem que as relações intersubjetivas na contemporaneidade são intermediadas por recursos para a aproximação de pessoas isoladas (meios de comunicação, internet, relações virtuais), encerradas em seu individualismo pleno. Como consequência, as relações esvaziam-se de um convívio e de uma implicação pessoal, caracterizadas por uma “micropolítica narcísica de redução de custos afetivos da dependência amorosa e da alteridade” (p. 192). Nesse cenário, há um distanciamento físico e se prescinde de dados de identidade e de filiação – pouco importa quem é este outro, é apenas “um outro”.

As relações amorosas, na atualidade, são também sustentadas por um pacto de denegação que buscam “deixar de fora e atrás”, nas gerações precedentes, um modelo de vínculo degradante marcados pela heteronomia, pelos vínculos simbióticos e traçados pela herança patriarcal. O ideal de liberdade e autonomia afugentam qualquer possibilidade de relacionamento que se aproxime desse “velho” modelo. De maneira diversa, o conceito de feminilidade provoca uma ruptura com a onipotência narcísica, abrindo espaço para a erotização e para outras formas de prazer (CAIAFFA *et al.*, 2002). Esse conceito será discutido mais detalhadamente, mas, antes disso, propõe-se uma discussão sobre a sexualidade feminina apresentados por Freud e outros psicanalistas.

## **2.2. Freud e o feminino**

Apresentamos, anteriormente, o contexto histórico do nascimento da Psicanálise na modernidade, procurando demonstrar como as concepções freudianas, sobre a sexualidade feminina, expressavam o ideal burguês destinado à figura da mulher. No entanto, em tais construções teóricas, observa-se a ambiguidade e a contradição. Ao mesmo tempo em que corresponde a esse ideal, possibilita o estabelecimento da relação entre a histeria, a sexualidade e os problemas decorrentes da vida civilizada.

Em 1931, em *Sexualidade Feminina*, Freud busca discutir a complexidade do desenvolvimento da sexualidade feminina, pelo fato de a menina ter a tarefa de abandonar sua principal zona genital (o clitóris) em favor de outra nova (a vagina) e também, em função da substituição do objeto original – a mãe – pelo pai.

O fundamental nesse trabalho é o desenvolvimento sobre a relação primitiva da menina com a mãe, precedente aos vínculos amorosos destinados ao pai. Essa ligação

assume uma primeira fase da vida sexual da mulher, nomeada como *fase pré-edipiana* e obtém grande importância na sexualidade feminina e na etiologia da histeria.

Vemos, portanto, que a fase de ligação exclusiva à mãe, que pode ser chamada de fase *pré-edipiana*, tem nas mulheres uma importância muito maior do que a que pode ter nos homens. Muitos fenômenos da vida sexual feminina, que não foram devidamente compreendidos antes, podem ser integralmente explicados por referência a essa fase. (FREUD, 1931, p. 238).

Freud descreve que a vida sexual nas mulheres poderá ser dividida em duas fases: a primeira possui um caráter masculino (caracterizando-se pela atividade) e a segunda um caráter feminino (caracterizando-se pela passividade), existindo um processo de transição entre uma fase e outra (diferentemente dos homens):

Esses desejos representam impulsos ativos e também passivos; se os relacionamos à diferenciação dos sexos que vai surgir depois – embora devamos evitar de fazê-lo, até onde for possível –, podemos chamá-los de masculino e feminino. A par disto, são completamente ambivalentes, possuindo tanto uma natureza carinhosa, como hostil e agressiva. Esta última muitas vezes só vem à luz depois de haver-se transformado em idéias angustiantes. (FREUD, 1931, p. 120).

A fase pré-edipiana ocorre para os meninos e meninas, mas a base fundamental no desenvolvimento sexual e na diferença sexual é o complexo de castração. Nas mulheres após o reconhecimento de sua castração, abrem-se três linhas de desenvolvimento: 1) um abandono à atividade fálica e à sua sexualidade em geral, como efeito da insatisfação com o seu próprio órgão genital, comparando-se com o órgão masculino; 2) o desenvolvimento de uma desafiadora autoafirmatividade como forma de enfrentamento à ameaça de perda da masculinidade, nomeado como “complexo de masculinidade”; 3) e em um terceiro caminho, a mulher atingirá a atitude feminina, tornando o pai como objeto, resultando no Complexo de Édipo feminino.

Freud considerava essencial a investigação da relação da mulher e sua mãe, como possibilidade de elucidação das modalidades de relação conjugal e no desenvolvimento da própria sexualidade feminina. Na relação conjugal, algumas mulheres poderiam reproduzir a relação difícil estabelecida com sua mãe, mesmo escolhendo o marido conforme o modelo da figura paterna.

A dificuldade na relação com a figura materna, reproduzida na relação conjugal, está vinculada ao sentimento de hostilidade em relação à mãe, que pode perdurar no desenvolvimento da menina. A hostilidade para com a mãe não é consequência exclusiva da rivalidade do Complexo de Édipo, mas tem sua origem na fase precedente,

quando a menina é impedida pela mãe de uma atividade sexual livre. Além disso, a menina deprecia sua mãe (e sua condição feminina) diante da constatação da ausência do órgão genital masculino:

[...] ao final dessa primeira fase de ligação à mãe, emerge, como motivo mais forte para a menina se afastar dela, a censura por a mãe não ter lhe dado um pênis apropriado, isto é, tê-la trazido ao mundo como mulher. (FREUD, 1931, p. 242).

Portanto, a hostilidade da menina em relação à mãe está relacionada com a ausência do pênis e o Complexo de Castração, característica que a define como *mulher*. Essa hostilidade, em relação à figura materna, pode dirigir-se contra o próprio sujeito, relacionando-se com o masoquismo feminino e seu caráter passivo como modalidade de satisfação sexual. Nota-se que esse sentimento dirigido ao próprio eu, tem como princípio a diferença dos sexos – *ser mulher* – e à função de interdição da satisfação dos desejos, exercida pela figura materna.

No entanto, a supressão da agressividade das mulheres é imposta socialmente, favorecendo o desenvolvimento de “poderosos impulsos masoquistas que conseguem, conforme sabemos, ligar eroticamente as tendências destrutivas que foram desviadas para dentro.” (Freud, 1933a, p. 116/117).

Chamamos a atenção para algumas contradições nesse aspecto, relacionado ao conceito de masoquismo e ao sentimento de hostilidade da fase pré-genital – a menina dirige a sua hostilidade à mãe, por se considerar com *algo a menos, algo lhe falta, é incompleta*. Porém, são as imposições sociais que favorecem as tendências autodestrutivas, pela supressão de sua agressividade. Ou seja, ao mesmo tempo em que, denuncia as imposições sociais às mulheres, sucumbe ao ideal que representa a mulher como imperfeição.

Salientamos, também, a oposição entre atividade e passividade, na fundação da sexualidade, presentes no discurso freudiano e no conceito de feminilidade. Uma hierarquia de relações é atribuída ao feminino, identificado com a passividade e ao masculino com a atividade, valores vigentes no imaginário do século XIX, conforme discutido no trabalho anteriormente.

Em *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), Freud inaugura o discurso sobre sexualidade, enunciando as proposições que revelaram a constituição da sexualidade na vida psíquica. No desenvolvimento do sujeito, os pares opostos atividade-passividade são fundamentais na vida psíquica, especificando metas ou

objetivos pulsionais. Eles se integram, primordialmente, na oposição fálico-castrado e masculino-feminino. Assim, na fase anal, a oposição ativa é constituída pela pulsão de dominação e a passividade, representada pela mucosa intestinal erógena.

No entanto, a oposição atividade-passividade também está presente na fase oral. Brunswick (1940), ao descrever a fase pré-edipiana no desenvolvimento da libido, diz que a criança inicia totalmente passiva na relação com uma mãe que satisfaz as suas necessidades e como, progressivamente “[...] cada fragmento de atividade repousa em certa medida numa identificação com a mãe ativa” (p. 302). Nota-se como, nessa fase, a mãe-mulher é o objeto de identificação com a atividade, igualmente para os meninos e para as meninas.

Nos *Três Ensaio*s, a existência da sexualidade infantil e a sua característica primordial perversa polimorfa são formuladas, implicando a independência da pulsão com o objeto sexual para a sua satisfação e a utilização de qualquer parte do corpo para essa finalidade. Outro ponto importante é o postulado da bissexualidade humana, concebendo uma disposição psíquica sexual masculina e feminina presentes no ser humano. Esse último conceito possibilita, igualmente, pensar uma sexualidade em construção, diferente da concepção da diferença sexual apoiada na diferença anatômica (FREUD, 1905).

Outras contradições podem ser indicadas nesse trabalho: a bissexualidade e a monossexualidade, essa última representando a essência masculina. Ou seja, o conceito do monismo sexual, que representa a pedra angular da diferença sexual e da teoria da sexualidade feminina, designa o falo como ordenador da diferença sexual, diferente do conceito de pulsão sexual parcial e o polimorfismo.

Outro ponto a ressaltar na teoria freudiana, é a relação estabelecida entre o masoquismo e a condição feminina, associação recorrente em seus textos. O fenômeno do masoquismo é descrito por Freud (1924) como enigmático e incompreensível, diante da concepção do princípio do prazer e evitação do desprazer na vida instintual dos seres humanos, necessitando de uma investigação sobre o relacionamento do princípio do prazer com as duas classes de instintos: de morte e de vida<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Em *O problema econômico do masoquismo* (1924/1996), Freud revisa e amplia as noções de prazer e desprazer, referidas apenas a um aumento ou diminuição de uma quantidade de excitação (modelo econômico), acrescentando fatores qualitativos a estas noções. Neste sentido, os três princípios (Princípio de Nirvana, Princípio de Prazer e Princípio de Realidade) modificam-se e toleram-se mutuamente, apesar dos conflitos existentes entre objetivos diferentes.

Em uma tentativa de construção deste conceito, Freud apresenta o masoquismo sob três formas: o masoquismo erógeno, como condição imposta à excitação sexual; o masoquismo feminino, como expressão da natureza feminina; e o masoquismo moral, como norma de comportamento (FREUD, 1924). O masoquismo erógeno, relacionado ao prazer no sofrimento, está presente nas outras duas formas de masoquismo, e a terceira forma, está relacionada com o sentimento de culpa inconsciente.

Segundo Freud, o masoquismo erógeno<sup>15</sup> acompanha a libido em todas as fases de desenvolvimento e a ele se associam algumas fantasias e investimentos psíquicos:

O medo de ser devorado pelo animal totêmico (o pai) origina-se da organização oral primitiva; o desejo de ser espancado pelo pai provém da fase anal-sádica que a segue; a castração, embora seja posteriormente rejeitada, ingressa no conteúdo das fantasias masoquistas como um precipitado do estágio ou organização fálica, e da organização genital surgem, naturalmente, as situações de ser copulado e de dar nascimento, que são características da feminilidade (FREUD, 1924, p. 182).

O masoquismo feminino é definido por Freud como mais acessível e menos problemático, encontrado nas experiências masoquistas de satisfação sexual. O conteúdo manifesto é de ser amordaçado, amarrado, espancado, maltratado e forçado à obediência incondicional, e a interpretação correspondente é que o masoquista deseja ser tratado como uma criança pequena, desamparada e travessa. Em alguns casos, as fantasias masoquistas “colocam o indivíduo numa situação caracteristicamente feminina”, ou seja, ser castrado, ser copulado ou dar à luz um bebê (FREUD, 1924, p. 180). Nota-se como, por essa formulação, a mulher é identificada com a posição passiva e como alvo dos ataques.

Nessa forma de masoquismo encontramos também, um sentimento de culpa expressos nas fantasias masoquistas e a necessidade de expiação por procedimentos penosos e atormentadores da presunção de um crime, fornecendo elementos para uma transição à terceira forma, o moral.

No masoquismo moral, há uma desvinculação com a sexualidade, restando apenas o sofrimento. O instinto destrutivo é direcionado contra o eu (*self*), intensificando o sentimento de culpa, constituindo uma das mais sérias resistências ao processo analítico. Porém, a satisfação reside em uma *necessidade de punição* e compõe o benefício secundário da doença: “na soma de forças que lutam contra o

---

<sup>15</sup> O masoquismo erógeno é relacionado ao conceito de Feminilidade, retomado por Birman (1999). Essa relação é desenvolvida no decorrer deste trabalho.

restabelecimento e se recusam a ceder seu estado de enfermidade.” (FREUD, 1924, p. 183). Porém, para o desenvolvimento dessa forma de masoquismo, faz-se necessário uma discussão sobre os conceitos metapsicológicos.

### **2.3. Além do princípio do prazer: o trauma, o desamparo e a feminilidade**

Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud transforma, fundamentalmente, a sua teoria das pulsões e a formulação do aparelho psíquico, regido pelo princípio do prazer. Ele é levado, em função da clínica, a colocar em questão a noção, até então hegemônica, do princípio do prazer, ao elaborar o conceito da pulsão de morte. A partir da análise de fenômenos da vida psíquica, que se contraporiam ao reinado do princípio do prazer, como por exemplo, a compulsão à repetição desvinculada da dimensão do prazer, encontrada na repetição de situações dolorosas na cura analítica e os sonhos traumáticos. Na relação transferencial, ocorreria uma compulsão à repetição de fatos dolorosos, e que não seriam da ordem das experiências prazerosas que teriam sido recalçadas pelo ego.

Há duas vias de compreensão possíveis para o conceito de pulsão de morte. A primeira seria a de conceber a pulsão de morte como excesso que está, permanentemente, pressionando o psiquismo, obrigando-o, dessa forma, a se modificar. É uma compreensão da pulsão, enquanto força disruptiva que impele à mudança. A outra via, seria a de empregar a pulsão de morte como tendência à descarga total, como retorno ao inanimado. A primeira lança o sujeito para o movimento da vida e para uma constante transformação, já a segunda, busca o retorno ao inanimado e uma eliminação total de tensão. Contudo, qual a relação da pulsão de morte com as três formas de masoquismo?

Em *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924), Freud desenvolve a relação do masoquismo com a fusão e a des fusão dos instintos. A libido, através do desvio do instinto de morte para o mundo externo, o transforma em instinto destrutivo, de domínio ou vontade de poder. Uma parte deste instinto é colocada a serviço da função sexual, constituindo o sadismo.

No entanto, o sadismo, antes dirigido para o mundo exterior, pode ser introjetado, transformado em masoquismo secundário e representado pelo sentimento de culpa. O que chama atenção, nessa terceira forma, é a predominância do sofrimento,

sem vinculação com a sexualidade: “o instinto destrutivo se voltou novamente para dentro e agora se enfurece contra o eu (*self*)” (FREUD, 1924, p. 183).

Esse sentimento de culpa é atribuído a função da consciência ao superego, portanto, é uma expressão da tensão entre essa instância e o ego. O ego reage, através da ansiedade<sup>16</sup>, frente à percepção que não correspondeu às exigências de seu ideal ou Superego, instância que é o resultado da internalização da figuras parentais, representante do mundo externo real e um modelo para o ego:

No entanto, as mesmas figuras que continuam a operar no superego como a instância que conhecemos por consciência, após terem deixado de ser objetos dos impulsos libidinais do id – essas mesmas figuras também pertencem ao mundo externo real. É daí que elas foram tiradas; seu poder, por trás do qual jazem escondidas todas as influências do passado e da tradição [...]. (FREUD, 1924, p. 185).

As exigências demasiadas ao ego, resultando em um sofrimento aniquilador e principiadas por instâncias psíquicas morais, também são frutos de uma herança cultural e social, representando as proibições e coerções sociais as quais o sujeito é submetido, restando-lhe apenas a ansiedade, como expressão de forças intensas contrárias aos seus desejos e satisfações.

Interessa-nos, particularmente, as definições que envolvem a ansiedade, discutida a partir de diferentes formas clínicas e origens para a sua manifestação. Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926), Freud desenvolve as variações sobre a ansiedade. A primeira é a *ansiedade como libido transformada*, efeito de uma excitação acumulada e como efeito de uma transformação, resultando em ansiedade. Basicamente, nessa primeira concepção, a ansiedade é fruto de uma excitação acumulada.

No entanto, esse conceito é revisto em suas concepções, considerando uma diferença em sua origem. Esta se originaria no ego, – e não mais uma libido transformada, ou seja, originada no id – como um mecanismo de alerta ao perigo interno ou externo, produzindo então, a repressão.

Nessa última definição, a ansiedade é uma reação diante do perigo e impõe um trabalho ao ego: evitar a situação ou afastar-se dela, originando os sintomas. Quais seriam esses perigos, fonte temida pelo ego e gerador de ansiedade? Um dos perigos

---

<sup>16</sup> O termo utilizado é ‘*ansiedade de consciência*’. Esse termo é discutido pelo tradutor Jayme Salomão, em notas de rodapé em *O problema econômico do masoquismo* (1924) e *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926). O termo ‘ansiedade de consciência’ é a tradução literal para ‘*Gewissensangst*’ e que poderia ser traduzido como ‘escrúpulos de consciência’. No entanto, considera-se o termo adotado pelo tradutor, enfatizando a ansiedade como principal eixo teórico. Da mesma forma, utiliza-se o termo ansiedade, ao invés de angústia, considerando o termo utilizado na obra consultada.

temidos pelo ego é o medo da castração. Mas, ressaltamos que esse mecanismo será questionado, especificamente, nas mulheres:

Além disso, é absolutamente certo que o medo da castração é a única força motora da repressão (ou defesa)? Se pensarmos nas neuroses em mulheres estamos destinados a duvidar disso, pois embora possamos certamente estabelecer nelas a presença de um *complexo* de castração, dificilmente podemos falar com propriedade em *ansiedade* de castração onde a castração já se verificou (FREUD, 1926, p. 123, grifo do autor).

Salientamos o problema aqui apontado por Freud, se o medo da castração não se aplica às mulheres, qual seria o perigo iminente a ser evitado pela formação dos sintomas? Qual o mecanismo presente nas neuroses? Na ausência da angústia de castração, as experiências traumáticas e de desamparo poderiam ser pensadas vinculadas ao feminino e à feminilidade? Respondemos essas questões, apresentando outros perigos *para além da castração*.

O outro perigo é a morte e uma ameaça a sobrevivência. Essas experiências são traumáticas, porque estão vinculadas à experiência de desamparo: “[...] o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor [...]” (FREUD, 1926, p. 129) – nessa condição, o sujeito fica entregue aos poderes do destino sem qualquer garantia ou proteção, pois as experiências traumáticas são consideradas excessivas ao trabalho psíquico.

Através dos trabalhos sobre as neuroses traumáticas (FREUD, 1920), o trauma se refere a uma falência de trabalho psíquico por um excesso de quantidade energética, que, rompendo as barreiras protetoras, invade o aparelho psíquico destronando o princípio do prazer. Nas neuroses traumáticas, a compulsão à repetição é uma tentativa de ligar o excesso, diferente de uma diminuição da excitação. Mecanismo operado pelo processo primário e que formula vias para se pensar um sujeito além do princípio do prazer e da representação: a vinculação da dimensão da pulsão de morte sem representação com a intensidade traumática.

Nas experiências desprazerosas, Freud aponta a situação traumática infantil diante de uma excitação sexual excessiva, que não foi metabolizado e nos remete para além da regulação do prazer. O trauma, portanto, é o resultado de um choque em que se combinam um perigo real e um perigo interno, combinação essa, produtora da angústia no sujeito sob o signo da exterioridade. Trata-se aqui da insuportabilidade do excesso provocado pela angústia primária.

Portanto, pode-se estabelecer uma relação entre a experiência traumática e a feminilidade? Pode-se estabelecer que a feminilidade equivalha a um excesso ao aparato psíquico e por consequência provocaria um fracasso na metabolização e representação?

Para tanto, retomamos os conceitos de bissexualidade e sexualidade perversa polimorfa. Em 1933, em *Novas Conferências Introdutórias*, Freud retoma o conceito de feminilidade como um enigma a ser desvendado e a incapacidade da psicologia para a sua solução. Afirma que os elementos masculino e o feminino estão presentes no indivíduo e retoma o conceito de bissexualidade constitutiva formulado nos *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905). Sugere que o que constitui a masculinidade ou a feminilidade são características que fogem do alcance da anatomia.

Neste sentido, Freud faria referência à constituição polissêmica presente no conceito de sexualidade marcado pela complexidade. A psicanálise ultrapassa o registro estrito do comportamento ao se referir ao sexual, sendo que a sexualidade se inscreve na fantasia, no campo do erotismo. O registro da fantasia indica o lugar psíquico, onde a sexualidade se esboça e se materializa, se desdobrando no registro do corpo (BIRMAN, 1999).

No desenvolvimento da noção de sexualidade, Freud utiliza, inicialmente, os conceitos de sedução e de trauma em um contexto de assimetria entre os parceiros, conceitos importantes para a discussão da feminilidade e de uma noção da problemática do excesso. Na experiência de sedução, o sujeito é sempre colocado numa posição passiva em face de um suposto sujeito agressor ativo. No entanto, a importância da teoria da sedução é apontada por Schneider (2003, 2006) como uma experiência demiúrgica e originária com a figura materna. Através dessa experiência originária, o corpo do bebê será libidinizado pelo toque materno. Dessa forma, a sedução é positivada como fundamental elemento constitutivo da libidinização do corpo, através dos cuidados corporais da mãe em seu bebê, perdendo a sua marca negativa, pois se implantaria por essa relação primitiva, a inscrição da sexualidade no corpo infantil.

A teoria da sedução em Freud esteve presente nos trabalhos sobre a etiologia das neuroses, inicialmente, sendo o fundamento do sofrimento neurótico. No entanto, assinala-se o impasse em sua obra em torno do estatuto interno/externo do trauma e da violência, impasse que provoca um abandono da cena da sedução e da origem do trauma a ela relacionada nos quadros de histeria.

Nos trabalhos sobre a histeria, Freud supõe uma sedução real, cometida por um adulto perverso contra a criança, antes da puberdade. Essa sedução unilateral produziria um “excesso de sexualidade”, provocando um traumatismo psíquico e um recalque. Essa experiência é configurada por um alheamento e excesso para um dos sujeitos, intraduzível em palavras, restando a conversão somática. Portanto, para um dos envolvidos na experiência – o agressor – é uma experiência de prazer; mas para o outro, torna-se uma violência e intrusão. No entanto, o caráter do trauma se dá sempre que o impacto da realidade exterior provoca um fracasso na metabolização pelo aparato psíquico, fracasso esse provocado pelo excesso, postularia Freud (1919b, 1920, 1933b).

A relação entre experiência traumática e sexualidade foi discutida por McDougall (1997): “a sexualidade humana é inerentemente traumática” (p. IX). Segundo ela, o nosso primeiro relacionamento sensual é marcado por múltiplos conflitos psíquicos produzidos na busca de amor e satisfação, como resultado do choque entre mundo interno de pulsões e as forças coercitivas do mundo externo.

Salientam-se a importância da corporeidade e da problemática do excesso pulsional, aspectos que foram cenários de diferentes controvérsias na história da psicanálise, ocupando um lugar secundário no discurso pós-freudiano. Tal exclusão deve-se a preferência pelo campo das representações em detrimento da dimensão dos afetos e movimentos pulsionais (BIRMAN, 2001a).

Argumenta-se que frente ao impacto pulsional, o sujeito pode se proteger do real da angústia e do seu desamparo pela colagem a um outro, cedendo o seu corpo para o gozo deste. Esta posição masoquista propiciaria certa proteção ao sujeito, defendendo-se da angústia produzida pelo desamparo (BIRMAN, 1996, 1999).

No entanto, a feminilidade é a outra face da experiência do desamparo – o desamparo erógeno, possibilitando ao sujeito novas formas de erotismo e de sublimação. Nesta condição, o sujeito é convocado a abandonar os emblemas fálicos, produzindo horror, diante de sua finitude. Mas é a condição de finitude e de insuficiência que lança o sujeito desejante ao mundo, desconstruindo o corpo narcísico e a ilusão de onipotência:

[...] podemos afirmar que estamos inevitavelmente no registro do *masoquismo erógeno*. Porém, este não é da ordem da patologia e da anomalia, mas do sempre com a emergência do desejo, pois este encontra na quebra do falo a sua condição de possibilidade. Sem essa ruptura, enfim, o desejo não se constitui. (BIRMAN, 1999, p. 170).

Endo (2005) retoma a importante discussão sobre a violência como fator etiológico e fundamento do sofrimento neurótico, mais especificamente sobre como a realidade exterior atua no engendramento das perturbações psíquicas. O trauma estaria relacionado ao impacto que a realidade exterior impõe ao aparelho psíquico, impossibilitando a metabolização de um excesso. O afeto excessivo, a sexualidade excessiva identificada como um “corpo estranho” e condenada ao silenciamento:

Os impasses entre o psiquismo e o impacto da realidade exterior adquirem caráter traumático sempre que o aparato psíquico fracassa na metabolização do que lhe é alheio. A realidade não-psíquica tornar-se-ia estanque e insistente face ao trabalho psíquico que não pôde fazer e, deste modo, também interna e estranha, evidenciando o fracasso das defesas que capitulam ante seu excesso [...] O afeto excessivo, sexualidade excessiva que se instala no psiquismo permanecendo ali como “corpo estranho”, indica que um excesso originado fora da psique torna-se interno e alheio e que assim permanece incomunicável, isolado e irrepresentado. (ENDO, 2005, p. 125-127)

Entende-se, portanto, que a feminilidade provocaria uma experiência traumática na medida em que expõe a imperfeição, incompletude e finitude humana. Considera-se a perspectiva da feminilidade como originária do psiquismo e da sexualidade, delineando novas figuras na cartografia do inconsciente – a do desamparo; a leitura do masoquismo erógeno, em oposição ao masoquismo moral e ao masoquismo feminino. Nessa lógica, a dimensão fálica se constitui como defesa contra a emergência da feminilidade (BIRMAN, 2006).

Fundamenta-se essa proposição, com base na sexualidade perversa polimorfa, ou seja, encontramos infinitas possibilidades de territórios e engendramentos. Nesse sentido, a genitalidade de outro sexo seria apenas um dos objetos sexuais possíveis para o sujeito, já que o corpo é perpassado constantemente por outras possibilidades eróticas (BIRMAN, 1999).

Esses diferentes lugares foram denominados por Freud de *zonas erógenas*. Essas seriam regiões localizadas na superfície do corpo que fazem fronteira com a exterioridade. Essas zonas indicam a *porosidade corporal*, estabelecendo as relações entre o *dentro e o fora*, delineando a *descontinuidade* do corpo:

Pelo erotismo o sujeito busca a todo custo a completude corporal, o fechamento de suas fendas, para barrar o abismo existente entre o dentro e o fora. Dessa maneira, seria a *incompletude* corpórea e a não-suficiência do sujeito o que criaria a condição de possibilidade do erotismo. “Eu erotizo, logo sou incompleto”, parece enunciar o *cogito* freudiano sobre o sujeito. (BIRMAN, 1999, p. 33)

Nessa perspectiva, é na fenda que faz fronteira com o outro que o sexual se constitui. Ela impõe ao sujeito a necessidade de deslocar-se do registro do eu ideal para ideal de eu, do amor de si ao do outro – a realidade e a intersubjetividade se impõem como condição na existência de um sujeito erotizado. O sujeito se constrói a partir de algo que lhe é exterior e transcende como sendo as suas condições de possibilidade.

O descentramento do sujeito, a perda da arrogância fálica, a relativização de suas certezas e de seus pensamentos são nomeados por Birman (1999) como um processo de *desfalicização* e outro registro da sexualidade – a feminilidade.

Em face da feminilidade, o sujeito é tomado pela inquietação e horror, pois se defronta com a finitude e a incompletude – está exposto ao *desamparo originário*, onde não existem defesas seguras diante do perigo interno ou externo. Mas, essa seria a condição para sua existência: “Aqui a angústia do real e o trauma se fundariam na subjetividade, pois seria em face do vazio fálico que se criariam as condições de possibilidade para a emergência daqueles.” (BIRMAN, 1999, p. 52).

A feminilidade é a revelação do que existe de erógeno no desamparo, a sua face positiva e criativa, a possibilidade de reinvenção permanentemente. A face negativa do desamparo é o masoquismo, a inexistência erótica e a dor mortífera:

A figura da feminilidade condensa pois, um conjunto significativo de traços sobre a sexualidade que destacamos incansavelmente ao longo deste ensaio: prematuridade; incompletude; insuficiência; fendas corpóreas; polimorfismo; inexistência de objeto fixo da pulsão etc... Enfim, a feminilidade e o desamparo originário do sujeito são os conceitos que unificam todos esses atributos sobre o erotismo, meticulosamente traçados no discurso freudiano, na tentativa sempre recomeçada de decifrar o emaranhado polissêmico da sexualidade. (BIRMAN, 1999, p. 53)

De acordo com Birman (1999, 2001b), a face positiva da feminilidade atuaria na transformação da angústia do real em angústia do desejo, este último marcado pelos caminhos da erotização e da sublimação. A operação sublimatória implica o retorno do psiquismo ao desamparo frente à morte, para novas ligações possíveis e para o psiquismo estar aquém e além das fixações e idealizações.

Diante da impossibilidade de metabolizar a experiência traumática frente ao desamparo originário, quando o “corpo estranho” torna-se um excesso insuportável – uma das saídas possíveis ao sujeito está colocada na tendência a rebaixar e suprimir a tensão interna a zero e ao fim da vida. Elimina a tensão, porém, elimina também a vida – a máxima da pulsão de morte, orientada pelo Princípio de Nirvana. A busca da satisfação radical, da satisfação última colocaria fim a todo desejo. Portanto,

consideramos as duas concepções para a pulsão de morte, apresentadas inicialmente, a segunda possibilidade ocorre diante de um fracasso nas tentativas de sublimação e transformação da primeira:

Esse sossego se radicaliza em solidão e auto-erotismo, evidenciando impossibilidades de estabelecer e sustentar laços e compromissos para além das próprias aspirações e necessidades; o domínio sobre a natureza converte-se facilmente em destruição sistemática dos recursos necessários à preservação da vida sobre a Terra e a intoxicação química sustenta redes planetárias de usurpação e monitoração dos desejos que, imantados na satisfação química imediata e absoluta, se aniquilam no esgotamento da autonomia, encontrando no objeto um encerramento auto-erótico, consumido, muitas vezes, até a morte (ENDO, 2005, p. 142).

No entanto, quais as possibilidades de encontro com o desamparo e transformação erógena em um panorama que favorece o silenciamento da alteridade e o autocentramento; onde o corpo do outro é visto como um objeto a ser manipulado? É possível outra forma de enfrentamento do desamparo em uma sociedade de consumo que supervaloriza o objeto como garantia de “plenitude e felicidade”, valorizando as fixações e as idealizações? Essas questões nos remetem a problemática da dependência química.

Como nos diz Birman (2001a):

Evidentemente, o consumo de drogas se inscreve no circuito pulsional, onde a droga é fascinante pois é uma promessa de que o sujeito não se confrontará com o desamparo. A sedução da droga para o sujeito se deve ao domínio ilusório sobre o desamparo garantindo, na rapidez colorida do seu lusco-fusco, que tudo é possível para o sujeito e não existem obstáculos no real para isso. (p. 228)

Como discutimos anteriormente, as condições sociais atuais acentuam a experiência de horror frente ao desamparo originário e impedem a transformação dessa experiência, acentuando o isolamento e a solidão do sujeito (BRASILIANO, 2003; BIRMAN, 1999, 2001a). Favorecem experiências geradoras de angústia e o surgimento de novas patologias provocadas pela falta nos processos de apoio e carências das funções mediadoras (KAËS, 2003).

A experiência de horror frente ao desamparo originário configura defesas de negação e de afastamento daquilo que é insuportável, como forma de enfrentamento das experiências geradoras de angústia. Contudo, indicamos que essas experiências são vivenciadas nas relações primitivas entre mãe-bebê. Ressalta-se que a sexualidade feminina é analisada, por Freud, sob a ótica do Complexo de Castração e suas

derivações. No entanto, essa fase primitiva com a figura materna é pouco discutida. Qual a importância dessa fase para a sexualidade? Por que ela é pouco explorada por Freud?

Além do desenvolvimento e resolução do Complexo de Édipo, faz-se necessário uma especial atenção a *fase pré-edipiana*, origem das experiências de sedução e trauma negados por Freud, como também, uma possível razão para a contradição existente entre o monismo sexual e a bissexualidade na constituição psíquica.

Joyce McDougall (1997) é uma das psicanalistas que apontam a importância dessa fase e a positividade dos investimentos homossexuais primários na constituição do Édipo feminino e masculino<sup>17</sup>. Esse substrato bissexual inconsciente é frequentemente, fonte de conflitos e de inibição, eles podem se converter num capital importante para a vida erótica, amorosa e criativa de homens e mulheres. Considera dois conceitos centrais a propósito das origens do *self* sexual: a importância da *bissexualidade psíquica* e a profunda relevância das *fantasias de cena primária* na estrutura psicosssexual da humanidade.

O conceito de “cena primária” engloba os conteúdos inconscientes e a mitologia pessoal que a criança tem a propósito das relações sexuais humanas, especialmente as dos pais. Essa cena pode ser descrita com pré-genital, incluindo as fantasias orais-eróticas e orais-devoradoras, anais-eróticas e anais-sádicas, confusões bissexuais ou o medo de perder o próprio sentimento de identidade ou a representação dos limites corporais<sup>18</sup>. Nos casos de pacientes psicossomáticos, o terror em perder os limites corporais ou o sentimento de *self* torna-se frequente e a impossibilidade de acesso as representações verbais ficam armazenadas na memória do *corpo* (MCDOUGALL, 1997).

Na fase pré-genital, considera-se um processo identificatório positivo entre mãe e filha, apontando uma via de transmissão da feminilidade. McDougall (1997) designa a relação homoerótica – primeiro vínculo amoroso da menina (e do menino) com a mãe – como uma questão importante da sexualidade feminina. O destino erótico positivo da

---

<sup>17</sup> Neri (2005) considera Joyce McDougall, uma das raras psicanalistas a levar em conta, a homossexualidade na constituição da sexualidade. No entanto, complementamos com as considerações de René Kaës, sobre a homossexualidade constitutiva dos laços grupais, conceito considerado no Complexo Fraternal e discutido na análise de dados deste trabalho.

<sup>18</sup> Considera-se esse aspecto de fundamental importância para a compreensão dos processos grupais, pois o terror diante da perda do sentimento de identidade é constantemente vivenciado. Kaës (2000) desenvolve os processos e princípios do funcionamento psíquico nos grupos, entre eles, encontramos o processo psíquico originário, apresentado no capítulo 3 deste trabalho.

menina para o caminho da feminilidade estaria em estreita ligação com o investimento narcísico e libidinal, que a mãe deu ao corpo e ao sexo de sua filha, donde a importância das comunicações não-verbais sensuais e, mais tarde, das comunicações verbais entre mãe e filha.

Esse vínculo homoerótico inconsciente se apresenta, frequentemente, na análise de mulheres como um conflito defensivo que se manifesta muitas vezes pelo ódio à mãe, que mascara o homoerotismo. Quando há impasse na elaboração desses conflitos no seio de uma análise, cabe identificar o que está obstruindo o caminho analítico, possibilitando a paciente abdicar de seu desejo de menina de “ter a mulher mãe sensual” a fim de “ser uma mulher sensual” por uma identificação (positiva) à sensualidade materna (MCDOUGALL, 1997).

Nota-se que a contribuição da autora legitima a identificação positiva com a figura materna. Por essa compreensão, os vínculos amorosos homoeróticos podem ser mascarados pelo ódio, diferente da concepção freudiana, que vincula esse sentimento dirigido à mãe como fruto de uma constatação da *falta*. Portanto, a autora colabora para a transformação de uma identificação negativa para a positiva.

McDougall nos lembra que a “inveja do pênis” não é específica da jovem fêmea. Os meninos também sofrem de sua própria forma característica de inveja do pênis, invariavelmente achando que seus pênis são pequenos demais em comparação com os de seus pais. As crianças de ambos os sexos se dão conta de que a mãe corporifica o poder de atrair o pênis do pai e de fazer os bebês que os dois genitores desejam. Assim, o falo não representa o órgão sexual masculino, mas sim a fertilidade, a completude narcísica e o desejo sexual para ambos os sexos. No entanto, questionamos a representação da figura feminina com o elemento da *falta*, baseada na diferença anatômica. Para o menino, o horror da castração está vinculado ao fato de *ver* a ausência do pênis na mulher.

No entanto, ela reconhece a vulnerabilidade de Freud em relação à sexualidade feminina e a sua fascinação com o mistério da feminilidade:

Freud, porém, tinha também um pouco de medo dos objetos de sua fascinação. Suas metáforas revelavam constantemente uma representação do genital feminino como um vazio ameaçador, uma falta, um continente obscuro e inquietante no qual não era possível ver o que ocorria (McDougall, 1997, p. 4).

Medo e fascinação que geraram uma defesa diante desse mistério. Embasamos nossas considerações nos postulados de Monique Schneider, que apresenta as suas

hipóteses sobre os aspectos negados pela psicanálise ao tratar da sexualidade feminina e da fase pré-edipiana. Postula que a edificação teórica, em torno da primazia do falo, configura-se como uma defesa contra o “medo dos objetos de sua fascinação”. Ou seja, é uma defesa de um *excesso* intolerável, vivenciado nessa fase e na relação primitiva com a mãe. Citamos Neri (2005, p. 123), ao analisar a citação de Freud sobre um sonho com sua babá:

Em face da situação de desamparo de uma criança que se deixa erotizar por esse outro materno que detém um saber enigmático, “sua professora de sexualidade”, enunciando a confrontação com a feminilidade, Freud vai se escudar na construção fálico-edípica.

#### **2.4. Para além da lógica fálica: o que não é possível ver?**

Monique Schneider desenvolve um percurso teórico que procura questionar a lógica falocêntrica, apoiando-se na posituação do feminino, no conceito de trauma e na problemática do excesso na psicanálise.

Segundo Schneider (2003), as concepções sobre a feminilidade na psicanálise mantêm uma posição aparentemente imutável e impõe um sistema de referências enunciadas de maneira a-histórica. A autora questiona se a psicanálise ocuparia uma posição neutra ou surge como apoio aos defensores de uma concepção conservadora, assegurando a função política da tradição patriarcal.

Através de um percurso pelas concepções teóricas freudianas, procura apresentar como o tema da feminilidade foi discutido e quais os aspectos que foram negados (ou denegados).

No artigo *Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna* (1908), retomado por Schneider (2003), Freud analisa as condições do processo civilizatório para o desenvolvimento da sexualidade. Argumenta que as imposições ou restrições à vida sexual expõem o antagonismo existente entre a constituição humana e as exigências da civilização, sendo que as mulheres estariam mais submetidas a estas restrições:

A educação das mulheres impede que se ocupem intelectualmente dos problemas sexuais, embora o assunto lhes desperte uma extrema curiosidade, e as intimida condenando tal curiosidade como pouco feminina e como indício de disposição pecaminosa. Assim a educação as afasta de *qualquer* forma de pensar, e o conhecimento perde para elas o valor. (FREUD, 1908, p. 182, grifo do autor)

A civilização repousa sobre a supressão dos instintos, sendo que cada indivíduo renuncia a uma parte dos seus atributos em troca de uma vida cultural comum e dos ideais compartilhados. No entanto, apenas uma parcela dos instintos poderá ser sublimada, ou seja, seus objetivos sexuais iniciais poderão ser substituídos por outras finalidades. Outra parcela dos instintos necessita de satisfação sexual direta e as restrições implicam em prejuízos e uma experiência subjetiva de desprazer (FREUD, 1908).

No entanto, Freud observa que as condições não são iguais para ambos os sexos, atribuindo a uma injustiça social, as exigências de padronização de conduta sexual e a imposição a alguns indivíduos “os mais pesados sacrifícios psíquicos”.

Aos homens seria possível uma escapatória dessas imposições sexuais, o que foi nomeado por Freud de “moral sexual dupla”, buscando uma liberdade sexual e procura de satisfação fora das relações conjugais e monogâmicas. Porém, para as mulheres só é possível um pequeno grau de sublimação de seus instintos sexuais:

[...] embora possam encontrar um substituto adequado ao objeto sexual no filho que amamentam, mas não nas crianças maiores – a experiência mostra, insisto, que as mulheres ao sofrerem as decepções do casamento contraem graves neuroses que lançam sombras duradouras sobre suas vidas. Nas presentes condições culturais, o casamento há muito deixou de ser uma panacéia para os distúrbios nervosos femininos [...]. (FREUD, 1908, p. 180)

Freud expõe nesse trabalho as restrições a que as mulheres são submetidas, como a preservação da castidade feminina e o direcionamento de todos os impulsos sexuais ao casamento. Em alguns trabalhos, há uma denúncia dos estereótipos sociológicos que se referem ao feminino, mas, os critérios que regem a masculinidade não são questionados. Estes colocados então, em posição soberana, levando a crer que o modelo masculino escaparia por princípio a toda a ameaça de alienação: “O emblema masculino intervém na construção freudiana como um ponto de referência para a diferença sexual estabelecida em função de sua ausência ou de sua presença.” (SCHNEIDER, 2003, p. 13).

Segundo a autora, a ausência ou a presença de um órgão sexual como critério para a diferença sexual está apoiado na anatomia e sugere uma fascinação por uma estrutura imóvel, diferentemente de uma sustentação em uma temporalidade fluida. Em *A Interpretação de Sonhos* (1900), Freud revela essa fascinação frente ao poder sob uma perspectiva científica, preocupado em reduzir as coisas a sua forma essencial e inalterável.

Essa perspectiva, além de reduzir a sexualidade a uma forma essencial e inalterável, produz uma exclusão da diferença, como é analisado nos trabalhos de Nicole Loraux<sup>19</sup> sobre o imaginário grego, citado por Schneider (2003).

A análise utilizada pela autora revela que a trajetória freudiana obedece à mesma equivalência da cultura ateniense, ou seja, a especificidade reservada a certos lugares e o acesso a uma relação com o outro centrada na exclusão.

Na cidade grega, o espaço social era claramente demarcado – aos homens será reservada a cena cívica ou militar e à mulher está reservado um lugar mais estreito, devendo cuidar do nascimento do futuro cidadão, aspecto também discutido por Kehl (2008).

No cotidiano ateniense, a lógica preponderante é o duelo, com uma tarefa específica: a sobrevivência. Essa lógica é o resultado de um enfrentamento com a morte, não uma morte natural, mas uma morte cívica do “guerreiro desarmado”, que é associado à figura feminina – um ser desnudo por excelência, assim como, o bebê recém-nascido do ventre materno:

[...] a mulher figuraria a desnudez própria do ser natural; faltaria a ela, por essência, essa arma eminentemente cultural que é o escudo, instrumento defensivo encarregado de revelar, neste contexto, a essência do masculino. Longe de reduzir a sua essência penetrativa e assaltante figurada pela espada, o masculino ofereceria a outra cara de sua identidade essencial sabendo por em primeiro plano essa potência, não mais ofensiva, mas defensiva, passando pela interposição de um muro. Na medida em que cobre a desnudez do corpo desarmado, corpo nascente da natureza, o escudo exibiria solidariamente a essência do masculino e a essência do cultural (SCHNEIDER, 2003, p. 19).

Estas dualidades – natureza-cultura e feminino-masculino – cumprem um papel decisivo em *O Mal-Estar na Civilização* (1930). Nesse texto, a civilização se constitui por agrupamentos cada vez mais amplos e pela imposição ao indivíduo de uma restrição à satisfação dos impulsos libidinais. Porém, neste cenário, outra tendência se manifesta – a recusa de alguns grupos por uma vida pulsional mediada e restrita pelo processo civilizatório. Entre esses grupos, encontramos as mulheres, que segundo Freud, contraria o projeto da civilização. No entanto, esses antagonismos são atribuídos a uma tensão que se instaura entre papéis sociais incompatíveis, entre lugares singulares do

---

<sup>19</sup> Loraux, N. *Les enfants d’Athéna*. Paris: Maspéro, 1981 e Loraux, N. *Les expériences de Tirésias*. Paris: Gallimard, 1989.

tecido social. Esta tensão revelaria outras dualidades – força-fragilidade e dominante-dominado (SCHNEIDER, 2003).

Outro aspecto abordado pela autora (2003) são as referências ao juízo e à intelectualidade na teoria psicanalítica como um caminho oposto à feminilidade. Na concepção psicanalítica, pensar e julgar são capacidades da intelectualidade que resultam de uma operação de acesso à figura paterna, melhor dizendo, para o pensamento é necessário um ato de separação, através de uma identificação negativa ou por uma negação da figura materna.

Porém, utilizando a lógica da negação proposto por Freud, o que se nega representa o contrário. Ao dizer – “Não é a minha mãe” – como movimento necessário ao desenvolvimento do juízo e da capacidade de pensamento, exemplo utilizado por Freud em *A Negativa* (1925), a frase pode ser relacionada a algo tributário da lógica e de uma atribuição identificatória – há uma referência constante ao que não deve ser: aquilo que não é feminino.

Na medida em que a negação postula ao mesmo tempo o que ela exclui, a estratégia dirigida a não ser a mãe – ou a afirmar, em um gesto de conjugação, que não se trata da mãe – só pode adquirir sentido se se aprecia o movimento antagônico, impregnado de uma orientação antitética: ser a mãe. (SCHNEIDER, 2003, p. 27).

Neste sentido, a mulher-mãe é um modelo identificatório originário. Mas, questiona a autora, se a mulher se constitui pela falta, difícil compreender como pode constituir um polo identificatório originário? Estaria a consideração ao materno necessariamente vinculado a uma temática fálica?

Segundo a autora, a condição para o processo de identificação com uma figura feminina arcaica, opera-se na sedução materna e na experiência de separação que desembocará na feminização por castração. A sedução parece relacionar-se então ao fantasma de uma experiência demiúrgica e originária – uma identidade originariamente feminina (SCHNEIDER, 2003).

No entanto, a exploração de uma sexualidade feminina arcaica constitui para Freud um retorno a uma sedução localizada em uma região desconhecida dele mesmo, região que não alcançaria um processo de metaforização, senão pelo recurso feminino – “Imaginar-se no feminino seria a fenda exigida para reativar, em uma recordação masculina, uma memória infantil” (SCHNEIDER, 2003, p. 30). No entanto, Freud abandona essa vinculação da sedução a uma experiência feminina originária, para o feminino como um lugar por excelência da vulnerabilidade.

Em outro trabalho, *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), Freud propõe uma dualidade complementar na busca pelo prazer: o momento da excitação erótica – momento feminino-infantil, quando o prazer é estimulado pelas excitações das zonas erógenas, ou um prazer preliminar; e o momento do masculino-adulto, quando há a satisfação dos prazeres sexuais, um prazer terminal.

O prazer masculino está vinculado à descarga e se relaciona com (surpreendente correlação, assinala a autora) a finalidade atribuída à modalidade terapêutica, a catarse, que iniciou a psicanálise. Não é casual uma cumplicidade entre a finalidade terapêutica expulsiva e a promoção da ejaculação masculina. Ao orgasmo masculino é atribuído um valor paradigmático – uma evacuação, um alívio, uma anulação imediata da tensão, que se assemelham a ejaculação. Assim, a dualidade dos sexos se equipara a uma dualidade de dois paradigmas de gozo (SCHNEIDER, 2003).

O feminino, por sua vez, coincide com a recepção das excitações e estímulos, situando todo organismo vivo no limite entre o interior e o exterior. Dimensão inexistente no homem, segundo Freud, e que é criticado pela autora, negando a abertura à exterioridade, via pela qual se pode introduzir a experiência traumática. Assim, o feminino se colocaria como uma entidade originariamente epidérmica, o que implica ser comovido por algo que vem do exterior.

Homem e mulher se apresentam assim em oposição e ao mesmo tempo anexados um ao outro, como se constituíram, respectivamente, entrada e saída de um mesmo organismo andrógeno. A circulação da excitação se produz na entrada pela sensibilidade feminina e conclui expulsada vigorosamente no ato terminal masculino, ato que recorre à energia motriz. (SCHNEIDER, 2003, p. 37).

Porém, esta divisão não atribui uma estimulação recíproca entre duas distintas epidermes, a mucosa é apenas atribuída ao lugar feminino, caracterizando apenas uma energia motriz (masculino) e uma pele (feminino). A autora atribui essa separação e negação a uma identidade proibida e negada – a desnudez de um bebê recém-nascido e a necessidade de um escudo de proteção contra a vulnerabilidade excessiva e que é apresentado por Freud em *Além do Princípio de Prazer* (1920).

A autora vai mais além atribuindo que o escudo constitui-se como uma defesa contra a exteriorização das emoções que o habitam, nesta operação toda vulnerabilidade é recusada e a mulher assume a principal (e única) representante de toda a sensibilidade epidérmica:

A dupla sadomasoquista é o encontro entre uma pele e uma força motriz, sendo compreensível que a mulher, relegada a passividade, se confunda

supostamente com essa pele vulnerável e sensível. (SCHNEIDER, 2003, p. 43)

Na verdade, essa divisão está em conformidade com a leitura do poder patriarcal: o homem toca o espírito e a mulher o corpo. No entanto, a pele carrega uma dupla perspectiva: o poder protetor (pois envolve o corpo) e o traço da vulnerabilidade. Essa característica expõe a máscara da essência masculina, sendo que o corpo está cercado pela pele, promovendo a sua integridade. Mas, este aspecto não pode aparecer em função da repressão que o envolve e a consequente distribuição de papéis sociais. Tal como nos combates, o jogo entre a extremidade masculina e a pele feminina se apodera, de um enfrentamento que expõe os guerreiros – um frente ao outro – os seres masculinos que revelam, alternativamente, sua virilidade ou sua feminilidade (SCHNEIDER, 2003).

Assim, a linha divisória entre as posições sexuadas se torna mais distinta e rígida, quando se opera um movimento de fuga, através da criação de um território que escape a toda fragilidade inerente a dimensão corpórea humana. Utiliza-se como exemplo, a figura mítica de Atena<sup>20</sup>, que caracteriza a escapatória radical de qualquer forma de vulnerabilidade. O seu nascimento é marcado pelo medo de Zeus ser destronado e Atena representa a invulnerabilidade – não pode ser ferida, como se não tivesse corpo.

Portanto, a figura impõe a potência do negativo que vem apoderar-se do feminino. Ela vive em um “circuito fechado”, sem nenhuma “brecha” para o acesso ao outro, evidenciando uma negação da porosidade, da abertura, da fenda ao mundo exterior e ao outro, é um “fora-do-sexo”. E outra dualidade se configura – sexuado-assexuado:

Sua silhueta erguida<sup>21</sup> lhe confere sem dúvida uma imantação rumo à posição fálica, mas além desta orientação se anuncia o campo do incorporal, do que escapa tanto toda a sexualidade como toda sexuação. (SCHNEIDER, 2003, p. 49)

---

<sup>20</sup> Atena – filha de Zeus e Mêtis. Zeus devora Mêtis com medo que o filho no seu ventre o destrone. Quando Zeus devora Mêtis, ela está grávida de Atena. Ao nascer, Atena sai toda armada da cabeça de Zeus, representando a inventividade e a astúcia. “Assim, Atena não vai sair do regaço da mãe, mas da cabeça do pai, que é agora tão grande quanto o ventre de Mêtis. Zeus dá uivos de dor. Prometeu e Hefesto são chamados para socorrê-lo. Chegam com um machado duplo, dão uma boa pancada na cabeça de Zeus e, aos gritos, Atena sai da cabeça do deus, jovem donzela já toda armada, com seu capacete, sua lança, seu escudo e a couraça de bronze.” (VERNANT, 2000, p. 40).

<sup>21</sup> A autora faz referência à escultura de Athena Parthenos.

Assim, o masculino constituído pela negativa do feminino, representa o “não-sexo” ou o “mais além do sexo”. Essa é a dicotomia que permeia a inscrição do sexo feminino, necessária para fundação da ordem cívica e para o estabelecimento de uma posição de absoluta transcendência em relação à ordem simplesmente humana – essa abandonada às mulheres. No entanto, não é só da exclusão do feminino que se trata, mas da mutilação que o homem cívico se impõe e a promoção com que se beneficia o masculino (SCHNEIDER, 2003). Neste sentido, nos diz Birman (1999): “ambos os sexos se constroem pelo referencial fálico, revelando-se por esse viés tanto a miséria quanto o estreitamento da condição humana” (p. 11).

Em outro trabalho, *Moisés e o Monoteísmo* (1939), Freud apresenta uma dualidade em relação à maternidade, representada pela sensorialidade e pela aparência; e a paternidade instaurada no reino da espiritualidade. A aparência ou ilusão (*Schein*) ligada à maternidade se opõe à essência, pois a aparência deve ser abandonada em nome da espiritualidade. Mas não é apenas neste trabalho que encontramos tal relação.

Essa mesma referência ao abandono da ilusão em nome da espiritualidade é desenvolvida em *A Negativa* (1925). Freud postula que para o desenvolvimento do juízo e do pensamento é necessário uma ruptura, pois nas operações de juízo o “não” preside os conjuntos das operações vigentes no pensamento discursivo. Assim, não cabe dirigir-se ao pai em um ato apoiado sobre uma afirmação pura e simples, é necessária uma atividade prévia, eliminando o caminho que conduz a essa entidade situada na base do conjunto dos dados sensíveis: “não é possível encontrar a mãe e o pai no mesmo campo; o pai não pode ser postulado, “atestado”, diz Freud, se o pensamento não efetua uma conversão.” (SCHNEIDER, 2003, p. 60)

Portanto, muito além da preocupação com a exclusão do feminino e o estatuto do masculino, a autora discute o estatuto do humano que se opera pela exclusão das experiências sensoriais. Em *O Mal-Estar na Civilização* (1930), Freud discute o tema do processo civilizador e a evolução de uma estrutura hierarquizada da percepção, fazendo de todo ser humano um exemplar do *Homo erectus*.

Com a mudança para uma postura vertical do homem (*Homo erectus*), a sensorialidade vai sofrer uma retificação interna e a submissão a uma “repressão orgânica”, que repercutirá em uma estrutura hierarquizada. Esta operação é necessária para a orientação do ser rumo à espiritualidade, privilegiando uma dimensão de transcendência ao abandonar um regime sensível centrado no olfato para promover as

excitações visuais. Assim, pela metamorfose produzida, na correlação entre visibilidade e exposição, fica mais evidente a posição masculina, inclusive com o termo que designa a especificidade deste ser – *erectus* – remete à erótica masculina. Neste momento instaurador, o masculino representa o paradigma do ser humano (FREUD, 1930; SCHNEIDER, 2003).

É de se estranhar que, mesmo com a mudança da envergadura e da direção do olhar, há uma renegação da ancoragem sensível, sendo que nesta nova posição temos a emergência de certas capacidades sensoriais em detrimento de outros. No entanto, o que se processa é uma renegação de todo o campo do sensível como inteligível, através de uma validação das dualidades – dominante-dominado ou inferior-superior, submetendo o sensível a um princípio hierárquico<sup>22</sup>. Nesse caminho de negação do sensível, sobrepõem as operações de desconhecimento fundador e a negação de uma ligação estreita entre o visível e o tangível, entre o “tocado e o tocante” (SCHNEIDER, 2003).

Dessa forma, o sensível – lugar de ancoragem materna – deverá ser superado, como um progresso, rumo ao reino centrado na espiritualidade e intelectualidade – lugar de ancoragem da função paterna – sendo necessário um triunfo do domínio do espírito sobre o dos sentidos, ou seja, uma renúncia às pulsões:

Um progresso que se pagará caro, pois exige uma ‘renúncia das pulsões’, programa que não corresponde precisamente ao ideal psicanalítico e que tende a dotar de um valor absoluto uma ‘representação’ que convém qualificar de abstrata. (SCHNEIDER, 2003, p. 89)

Fundamenta-se assim que, a inscrição exclusiva do masculino em um eixo ascendente conduz não somente a desvalorização do materno e o conjunto do reino sensível, mas desemboca em uma construção de um “masculino atrofiado ou simbolicamente amputado”. (SCHNEIDER, 2003, p. 124). A promoção do unilateral ou do axial tenderia assim por corolário rechaçar toda a relação especular entre masculino e feminino, operação que amputa a mesma masculinidade de certas condições temporais que sustentam sua manifestação. Por um processo de “expurgação” (SCHNEIDER, 1979) da feminilidade na constituição subjetiva, esta ocuparia um lugar de “corpo estranho”, como aquele elemento familiar (*Heimlich*) que está na base do elemento não familiar (*Unheimliche*) (FREUD, 1919a).

---

<sup>22</sup> A autora faz referência ao trabalho de Merleau-Ponty – *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945 e *Le visible et l’invisible*. Paris: Gallimard, 1964.

Esta predominância do discurso científico pode ser observada na mudança do enfoque da teoria psicanalítica – parte de uma preocupação com a problemática do excesso e da impossibilidade para a sua regulação no psiquismo para um abandono destas primeiras formulações em *A Interpretação dos Sonhos* (1900) e *Três Ensaios sobre a Teoria Sexual* (1905), marcos teóricos que constituem a psicanálise como disciplina formal (BIRMAN, 1996).

A partir de *Os Instintos e suas Vicissitudes* (1915), Freud utiliza a assunção de que a força pulsional seria relativamente autônoma face ao campo da representação: “O inconsciente, o recalque e a sublimação passaram a ser considerados como derivações da força pulsional” (BIRMAN, 1996, p. 17). Portanto, foi a partir do conceito de pulsão de morte que o discurso freudiano torna possível pensar a existência de uma pulsão sem representação, implicando em um novo modelo do aparelho psíquico, no qual estaria agora presente também uma vertente pulsional e não apenas sistemas de representação (consciente, pré-consciente e inconsciente).

Então, neste contexto, o desamparo, o masoquismo e a feminilidade passaram a figurar no discurso freudiano, demarcando a conceituação psicanalítica sobre a subjetividade e o estilo trágico:

Assim, se o sujeito é constituído em decorrência da intensidade das forças pulsionais, de maneira tal que a inscrição da pulsão do universo do símbolo não é nem imediata nem se realiza necessariamente, desenha-se então uma figura de sujeito no qual o traço básico é o desamparo. Com efeito, este último se impõe em consequência da exigência contínua de trabalho que as forças pulsionais impõem ao psiquismo e a seus efeitos traumáticos (BIRMAN, 1996, p. 18)

E é na experiência do desamparo que se insere a feminilidade. Ao analisar o conceito de feminilidade em *Análise Terminável e Interminável* (1937), Birman (2001b) apresenta outra possibilidade para o conceito, formulado inicialmente de forma negativa por Freud, denominado “rochedo da castração”. Ele também revelaria o originário do psiquismo, algo anterior à ordenação da subjetividade fundada no falo.

Nesse sentido, a feminilidade é concebida como pano no fundo de ambas as modalidades de ordenação sexual, numa posição de latência contra a qual as sexualidades masculina e feminina se organizariam: “O repúdio da feminilidade pode ser nada mais do que um fato biológico, uma parte do grande enigma do sexo.” (FREUD, 1937, p. 270).

Isso implica dizer que a construção das sexualidades masculina e feminina não se apoia na lógica fálica, mas essa se configura como uma defesa diante do terror provocado pela feminilidade na subjetividade.

Foi em oposição a toda essa construção conceitual que a feminilidade foi concebida. Com efeito, o discurso freudiano enunciou que esta indicaria a existência de outro registro psíquico, que se contraporiria ao anterior, centrado no falo. Vale dizer, no registro da feminilidade não existiria o falo para o sujeito, seja como referente ou até mesmo como referência. Esse território psíquico não seria nem regulado nem fundado na figura do falo. (BIRMAN, 2001b, p. 225).

No entanto, porque a feminilidade seria tão insuportável para a experiência humana? Porque a feminilidade é terrorizante e precisa ser extirpada da vivência subjetiva?

Segundo Birman (2001b, 2006), a feminilidade representa a imperfeição como origem da subjetividade e não a perfeição que é postulada pela tradição ocidental. O que se pode então ressaltar é que a pretensão humana à perfeição é realizada pela mediação do falo, como uma recusa e até mesmo, como o reconhecimento velado da imperfeição do homem.

Com efeito, a ordem do masculino, fundada no falo e colocada como origem, seria a marca da pretensão humana à perfeição e à completude, atributos esses que seriam da figura da divindade. Isso estaria nas origens de nossa tradição patriarcal, que com os gregos criaram a polis pela discriminação entre os espaços privados da família e do público, não tendo, pois acesso das mulheres ao espaço público, identificado inteiramente com a política. [...] Enfim, enquanto emanção direta dos deuses e centrada na cidadania da polis, a ordem humana identificada com o patriarcado seria sempre masculina e perfeita, tendo na figura do homem a representação da perfeição e, na da mulher, a da imperfeição. (BIRMAN, 2001b, p. 227)

Supõe-se uma aproximação entre as concepções de Birman e Schneider (2003, 2006), esta última postula que a feminilidade estaria na base da identificação originária pela função materna, identificação denegada por Freud. Birman, por sua vez, argumenta que a feminilidade estaria na base das sexualidades, também como referência primária e originária.

Portanto, a partir destas concepções, a dependência química em mulheres poderia ser compreendida por uma lógica fálica? Postula-se que, o falo e seu representante – as substâncias psicoativas – configuram-se como defesa (ou denegação) da feminilidade e do desamparo nas adições.

### 3. A Feminilidade Negada: *a expulsão do estranho familiar*

*Reconhecer o Outro dentro de nós  
é acolher um logos híbrido e plural  
que se traduz em cosmopolitismo  
e hospitalidade.*  
Olgária Matos

*Sou o culpado do que nem sei,  
de dor em aberto, no meu foro.  
Soubessem – se as coisas fossem outras.*  
Guimarães Rosa

A sexualidade feminina e a feminilidade na concepção psicanalítica, principalmente em Freud, aparecem de forma ambivalente e contraditória, como já discutimos. Segundo Schneider (2003), a feminilidade pode ser identificada na teoria freudiana como um “infratexto”, ou seja, é necessária uma operação de desvelamento para identificar esse conceito em seus postulados.

A feminilidade como um “continente negro” ou como um “enigma a ser desvendado” é constantemente “colocada para fora” de sua análise, ou seja, é “expulsa” como um elemento estranho, desconhecido. Por que o conceito aparece de forma velada na teoria? Quais os mecanismos que mantêm esses conteúdos relacionados à feminilidade na obscuridade?

Além disso, não é apenas em Freud que esse conceito é negado, excluído de suas construções. A negação faz parte da história do movimento psicanalítico, considerando que o questionamento da lógica fálica e patriarcal não estava presente nas discussões iniciais.

Considera-se, neste trabalho, que a negação de determinados conteúdos configuram as alianças inconscientes nos conjuntos intersubjetivos. Portanto, os contratos e as alianças são fundados no grupo. Essa operação inconsciente foi nomeada por Kaës como *pacto denegativo*, e indica que a *negatividade* está na base da construção de todo laço social. Isto implica dizer que, os conteúdos recalçados e denegados no aparelho psíquico são herdados e transmitidos, através de formações e funções específicas estabelecidas.

Examinemos melhor esses conceitos, com os trabalhos de Schneider sobre os conteúdos relacionados à feminilidade que foram excluídos da análise de Freud e com os postulados de René Kaës sobre o Sujeito do Grupo.

### 3.1 A feminilidade negada

Em vários trabalhos, Schneider discute a questão do feminino na teoria freudiana. Em *Le Féminin Expurgé* (1979), mostra como nos primórdios, a psicanálise pensava a doença como intromissão de um “corpo estrangeiro”, um corpo por demais emotivo, excedente de afeto que deveria ser liquidado. A terapêutica necessária para um “corpo estranho” seria uma operação expulsiva, ou seja, uma filiação da psicanálise à antiga liturgia do exorcismo.

Considera que o poder feminino difuso e oculto é também reencontrado por Freud no centro de suas investigações, aparentemente as mais abstratas, as mais distantes de uma reflexão sobre a feminidade. Da mesma maneira, a experiência do prazer será situada ao longo de uma via que conduziria à mãe, no interior feminino, sem que esta figura fosse nomeada. A reação de Freud consiste ainda, essencialmente, na apresentação de uma defesa conceitual para negar um “abismo vislumbrado”, separando o feminino (pressentido e recusado) da análise sobre a sexualidade feminina (SCHNEIDER, 1979).

No entanto, este conceito recusado aparece na teoria com características ambivalentes – formidável, vertiginoso, fascinante e envolvente, tal como a Medusa da qual não se pode escapar; e também como inofensivo, desprovido de poder próprio. No entanto, a representação relacionada ao perigo e à sedução envolvente é sempre negada por Freud em suas construções teóricas, apesar de assumir um fascínio diante da feminilidade (MCDOUGALL, 1997).

O artigo de Freud, a respeito da figura mítica da Medusa, sugere que a lógica fálica seria uma defesa contra a feminilidade, – e conseqüentemente, a construção teórica – expondo também, uma natureza terrificante da figura feminina (SCHNEIDER, 2003). Diz Freud:

O órgão masculino ereto também possui um efeito apotropaico, mas graças a outro mecanismo. Mostrar o pênis (ou qualquer de seus sucedâneos) é dizer: “Não tenho medo de você. Desafio-o. Tenho um pênis.” Aqui, então, temos outra maneira de intimidar o Espírito Mau (FREUD, 1940, p. 289).

O pênis surge como um escudo de proteção contra a natureza terrificante da figura feminina representada pela Medusa.

Acreditando estar conduzindo uma pesquisa histórica, Freud encontrava-se no centro do mundo do *sabbat*, pois revelava todo o poder das mulheres *históricas* e

buscava, pela sua técnica, a *expulsão* dos elementos patogênicos. No entanto, o *sabbat* é um *jogo* noturno onde todos os acréscimos imaginários são permitidos. Freud percebe-se em uma armadilha e tenta quebrar os sortilégios tornando-se, então, um homem das Luzes, através de práticas *exorcistas*:

Se a penetração nesse mundo, por ocasião do sono, é o equivalente, segundo nota de Freud, de um mergulho no ventre materno, a vontade de reeducação ou de “domínio” concernindo tal poder não é o mesmo de um trabalho na dissolução do poder materno originário, poder encarnado na figura da feiticeira? (SCHNEIDER, 1979, p. 9-10)

No entanto, a renúncia ao poder feminino não é apenas encontrado em Freud, mas é uma característica do movimento cultural e histórico: trata-se da passagem da figura da feiticeira à da possuída.

A figura da feiticeira carrega poderes indeterminados, poderes que emanam de sua cumplicidade com o poder noturno. Essa figura, com poderes desconhecidos e obscuros, será negada pela representação de uma mulher vista como um simples receptáculo, escapando à antiga maldição que atingiu a feiticeira. Essa representação atribuiu à mulher o lugar de vítima, distanciando-se do modelo da feiticeira e de seus poderes ocultos.

O preço dessa renúncia não está apenas relacionado à recusa do poder feminino, mas, indissolavelmente, naquilo que, no psiquismo, é considerado como operacional desse modelo – o imaginário, a emoção, o prazer (SCHNEIDER, 1979).

Prosseguindo essa linha de discussão, no artigo *Trauma e filiação em Freud e em Ferenczi* (1993), ela questiona sobre qual seria o subsolo das teorias sobre a filiação propostas por eles:

Tanto para Freud quanto para Ferenczi, a idéia de filiação se converteu num instrumento teórico precioso; mas para ambos essa problemática é perpassada por sonhos, por incertezas, por paixões, que fazem com que *a teoria estabelecida a respeito da filiação seja ao mesmo tempo um sintoma, e isso para cada um deles.* (SCHNEIDER, 1993, p. 31, grifo nosso)

O que nos chama a atenção nesse trabalho é que, novamente, há uma referência a construção teórica como sintoma, mas dessa vez, um “sintoma compartilhado”, tal como define Kaës (1997).

A diferença conceitual, pontuada por Schneider, sobre a filiação é alicerçada no conceito sobre o trauma. Para Freud, a filiação é a transmissão de um bem, sem perdas de uma geração para a outra, pautando-se em um modelo ideal e na teoria da identificação.

No entanto, a definição de identificação, desenvolvida por Freud em *O Ego e o Id* (1923), supõe um funcionamento de duas operações opostas, a injunção – “seja como seu pai” – e uma proibição – “não podes ser como teu pai”. Essa injunção paradoxal remete à fantasia de imortalidade (alongamento eterno e identitário do ancestral) e aos conteúdos que foram recusados pelos pais e que são transmitidos aos filhos. Para Ferenczi, a filiação e transmissão são um choque, remetendo ao impacto violento entre um adulto e uma criança, esse encontro é da ordem do *trauma*.

De um lado, encontramos a filiação e a transmissão apoiadas na fantasia de imortalidade e continuidade através da herança. De outro, a filiação e a transmissão seriam uma experiência traumática. Existiria uma relação entre esses aspectos? Poderíamos considerar essa diferença conceitual como paradoxal? A fantasia de imortalidade é uma defesa da experiência traumática, é a hipótese sustentada por Schneider.

Schneider desenvolve essa hipótese ao analisar dois sonhos de Freud – o sonho sobre a morte de seu filho na guerra e o sonho da injeção de Irma (FREUD, 1900a, 1900b). Supõe que a experiência traumática revelada pelos sonhos jamais tenha assumido uma configuração completa e unívoca, pelas suas características *insuportáveis* e *insondáveis*, os conteúdos recusados se apresentam fragmentados por um mecanismo de difração em diferentes sonhos de Freud.

Eis o primeiro sonho:

Disse a minha mulher que tinha uma notícia para ela, algo muito especial. Ela ficou assustada e se recusou a escutar. Garanti-lhe que, pelo contrário, era algo que ela ficaria muito contente em ouvir, e comecei a contar-lhe que o corpo de oficiais de nosso filho enviara uma soma em dinheiro (5.000 coroas?)... algo a respeito de uma distinção... distribuição... Entrementes, eu fora com ela até um quartinho, parecido com uma despensa, procurar alguma coisa. De repente, vi meu filho aparecer. Não estava de uniforme, mas num traje esportivo apertado (como uma foca?), com um bonezinho. Trepou num cesto que estava ao lado de um armário, como se quisesse pôr algo em cima dele. Chamei-o; nenhuma resposta. Pareceu-me que seu rosto ou sua testa estavam enfaixados. Ele estava acomodando alguma coisa na boca, empurrando algo para dentro dela. E seus cabelos estavam salpicados de grisalho. Pensei: “Será que ele está exausto assim? E será que usa dentes postiços?” (FREUD, 1900b, p. 588)

A associação feita por Freud remete a uma experiência de quando ele era criança. Relata que quando pequeno caiu de um banquinho, no qual havia subido “para pegar algo gostoso”; na queda, machucou-se muito e, sangrando fortemente, foi atendido por um médico caolho, que costurou seu queixo. A cicatriz desta cirurgia permaneceu em seu rosto por toda a vida e escreve em relação a esse evento: “eu

poderia muito bem ter perdido todos os dentes” (p. 589). A motivação do sonho analisado por Freud remete à inveja que o homem mais velho pode sentir pelo mais jovem, pelo “heróico soldado”.

Na ocasião do acidente quando criança, a mãe de Freud teria dito: “é bem feito para você”, recriminação assumida pelo pai diante do ferimento do filho, parecendo um impulso hostil dirigido ao valente soldado.

Schneider (1993) vai mais além, sugere que a hostilidade que motivou o sonho surge de um movimento mais profundo. O ferimento na boca foi de Freud, mas a “coisa estranha na boca, como dentes falsos” aparece no filho. Isso implica dizer que, a ameaça que paira sobre si mesmo, nos sonhos de Freud, é imediata e regularmente enviada na direção de outra pessoa: seu filho.

Como se o trauma, no encontro mesmo com o impossível, exigisse que um outro, um herdeiro, viesse ocupar a posição inabitável. O trauma comandaria assim um processo de transmissão obrigatória, processo que convoca com urgência um herdeiro ali onde aquele sobre quem cai o ocorrido não pode se sustentar: nada semelhante ao dom de um patrimônio, mas legado paradoxal da dor insuportável (SCHNEIDER, 1993, p. 36).

Mas o que há de insustentável nessa experiência infantil de Freud? Porque é necessário compartilhar com o filho “algo” da ordem do intolerável?

O elemento “exorcizado” seria a vulnerabilidade e a fragilidade que o velho e a criança compartilham e que pode ser figurada pela ausência dos dentes. Vulnerabilidade e fragilidade também atribuída ao feminino (SCHNEIDER, 2003).

No entanto, as associações a este sonho e à experiência traumática se encontram fragmentadas nas obras freudianas, precisamente projetadas e ejetadas para uma série de personagens – o filho e as pacientes. Outra “parte” dessa experiência traumática é apresentada no sonho da injeção de Irma, uma paciente.

Neste sonho, Freud encontra em uma recepção, uma paciente sua – Irma:

Um grande salão – numerosos convidados a quem estávamos recebendo. – Entre eles estava Irma. No mesmo instante, puxei-a de lado, como que para responder a sua carta e repreendê-la por não ter ainda aceitado minha “solução”. Disse-lhe: “Se você ainda sente dores, é realmente apenas por culpa sua.” Respondeu ela: “Ah! Se o senhor pudesse imaginar as dores que sinto agora na garganta, no estômago e no abdômen... – isto está me sufocando.” – Fiquei alarmado e olhei para ela. Parecia pálida e inchada. Pensei comigo mesmo que, afinal de contas, devia estar deixando de perceber algum distúrbio orgânico. Levei-a até a janela e examinei-lhe a garganta, e ela deu mostras de resistências, como fazem as mulheres com dentaduras postiças. Pensei comigo mesmo que realmente não havia necessidade de ela fazer aquilo. – Em seguida, ela abriu a boca como devia e, no lado direito, descobri uma grande placa branca; em outro lugar, vi extensas crostas cinzas-branquiçadas sobre algumas notáveis estruturas recurvadas, que tinham

evidentemente por modelo os ossos turbinados do nariz [...] (FREUD, 1900a, p. 141-142)

Na análise desse sonho, Freud cita, em nota de rodapé, que pelos menos um ponto em todo o sonho é insondável – “um umbigo, por assim dizer, que é seu ponto de contato com o desconhecido.” (p. 145). Esse ponto nodal, “insondável e desconhecido” que Schneider utiliza para a discussão sobre o feminino.

Neste sonho inaugural, também aparece “alguma coisa artificial na boca, algo como as mulheres que usam dentaduras” e é comum ao sonho do filho na guerra, o conteúdo relacionado à “boca e os dentes falsos”. O ponto convergente é o movimento de afastar de si e atribuir ao outro algo intolerável, algo que não pode ser assumido como tendo sido parte de uma experiência própria. E, no entanto, a experiência funciona, reaparecendo sob a forma dessa projeção narcísica, seja sobre o filho, seja sobre a paciente. Aquilo que o sujeito não pode assumir, que não pode ter registro na consciência, se encontrasse desviado de si, e fraturado em várias direções (SCHNEIDER, 1993).

A lembrança incapaz de ser simbolizada reaparece na célebre história da cirurgia praticada por Fliess na paciente chamada Emma Eckstein e que foi mal-sucedida – Fliess cometeu um erro e esqueceu no nariz da moça um rolo de gaze, e o tecido nasal se necrosou, provocando uma hemorragia que quase matou a paciente.

Essa paciente era analisada por Freud e ele divide com Fliess, o interesse pela histeria e a teoria da bissexualidade desse caso. Freud e Fliess debatem muito sobre isto, até que Emma se torna a paciente de ambos. No decorrer de um de seus encontros, o fato de que Emma deveria operar as fossas nasais lhe é imposto, persuadida por Freud. Segundo a teoria de Fliess, essas fossas nasais seriam o assento orgânico de sua neurose. O nariz, órgão proeminente e com cavidades, é o representante orgânico perfeito da bissexualidade. Entretanto, durante a operação, Fliess comete o erro – o “esquecimento”.

Pela análise de Schneider (1993, 2006), o sangue que jorra da boca, do nariz, do rosto, do maxilar, é algo que regularmente vem assombrar a experiência de Freud. Na sua obra teórica, este elemento – o sangue que brota incontrolavelmente, o transbordamento incoercível de um líquido vital – vai aparecer sempre como uma metáfora do perigo de vida. Uma das representações centrais do feminino em Freud é a do “líquido que escorre, transborda, inunda e precisa ser contido por um dique, a fim de

não destruir tudo em seu movimento de expansão ilimitada.” (SCHNEIDER, 1993, p. 38). Supomos que o sangue assume aqui um lugar paradoxal – a vida e a morte – pois, representa a sexualidade feminina pela menstruação, mas também, representa a morte – a vulnerabilidade e a finitude humana – atributo essencial da feminilidade, como já foi discutido neste trabalho.

Freud descarrega seus sofrimentos e suas queixas infantis sobre essas pacientes femininas – a mulher aqui é o *porta-voz do recalcado no homem*, do que foi “atirado para longe”:

[...] há uma circularidade infernal entre a boca do pequeno Freud, a boca de Irma, a boca da paciente, a boca do filho e a boca do velho Freud, que também precisou, nos seus últimos anos, usar uma prótese no maxilar em virtude das cirurgias exigidas pelo câncer (SCHNEIDER, 1993, p. 38)

Salientamos, com esta análise de Schneider, os laços estabelecidos entre os sujeitos, laços que compõem as alianças inconscientes e o pacto denegativo, construindo lugares e papéis na configuração grupal – por exemplo, a mulher como representante (porta-voz) dos conteúdos recalçados no homem. Além disso, o mecanismo de projeção e divisão de um conteúdo em múltiplas partes (ou personagens), citado por Schneider (1993, 2006), é a difração presente nos sonhos (FREUD, 1900a), como também, é um dos mecanismos presentes no processo grupal e na multiplicidade de seus personagens, conceitos desenvolvidos por Kaës (1997, 2000, 2005a, 2005b).

Schneider (2006) utiliza o conceito de pacto denegativo para analisar a aliança estabelecida entre Freud e Fliess, na história da cirurgia mal sucedida na paciente Emma Eckstein, citando a análise de Kaës (1989, 1997) sobre a aliança inconsciente estabelecida entre os dois.

A história da cirurgia de Emma Eckstein está relacionada com a boca do sonho da injeção de Irma. O confronto com a operação confrontaria Freud com a experiência traumática da infância em que se relaciona a intensa perda de sangue, lembrança ligada a sua queda e ferimento (SCHNEIDER, 2006).

A paciente Emma Eckstein assume o lugar de *porta-voz* da experiência traumática de Freud na infância e que mantém a isenção de culpa entre Freud e Fliess sobre o erro profissional do amigo cirurgião (SCHNEIDER, 2006). Freud sentiu a necessidade de garantir que ele (nem seu amigo cirurgião) não era responsável pelas consequências da operação e atribuiu o sangramento de Emma a um “desejo nostálgico” – a histeria de Emma é a responsável pelo acontecimento.

A isenção de culpa é colocada em evidência por Kaës (1989, 1997) como um valor fundador, pois nada melhor que o laço sangrento entre Freud, Emma Eckstein e Freud para representar a origem da psicanálise. O pacto denegativo é instaurado, a fim de que possa se estabelecer uma cumplicidade masculino-institucional e fundadora:

Este episódio ilustra, no coração do debate da sedução, o pacto denegativo entre Freud e Fliess a propósito de Emma. Emma é aqui a figura, para estes dois homens, da cavidade que eles querem explorar e reduzir dando-lhe um conteúdo de gaze e de sangue. Este pacto é por sua vez a denegação deste desejo, a negação do laço homossexual fundado sobre o apagamento (*effacement*) do desconhecido da feminidade (1989, p. 110).

Portanto, o ponto insondável – “o umbigo de contato com o desconhecido” – associado ao sonho da injeção de Irma poderia estar relacionado com o desconhecido da feminidade e de sua ligação com Fliess, ou seja, o recalque faz retornar no sonho a representação insondável. A atribuição da causa do sangramento à histeria de Emma é uma operação psíquica e compartilhada para salvar o que deveria ser recalcado de sua aliança com Fliess. Esse pacto é, ao mesmo tempo, a denegação de seu desejo, a recusa de seu vínculo homossexual fundado sobre o apagamento da cavidade da feminilidade, mas também, para Freud, a recusa em admitir sua própria descoberta da fantasia de sedução (KAËS, 1989, 2005b).

As alianças constituídas nesse episódio retomam o tema freudiano de uma sociedade construída, a partir de um vínculo homossexual recalcado. No entanto, para além do laço homossexual, é o incesto paterno que se impõe como um organizador central do laço social, conforme desenvolvido em *Totem e Tabu* (FREUD, 1913).

Esse laço exige uma exclusão correlativa – a exclusão da feminilidade, sendo que a “coesão da comunidade” psicanalítica depende de uma dupla operação simbólica – a construção de um exterior (*dehors*) estrangeiro ao grupo e, consecutivamente, um “fechamento” (*renfermement*) sobre si mesmo em um grupo representante de toda a comunidade (SCHNEIDER, 2006).

Essa análise expõe, principalmente, o mecanismo de “colocar para fora” aquilo que ameaça o pacto estabelecido pelo grupo e é possível pensarmos que os conteúdos *expulsos* estão diretamente relacionados com a denegação de um desejo, mas que é necessária para a construção do laço social. Examinemos com maiores detalhes a construção das alianças inconscientes e do pacto denegativo, a partir das formulações de Kaës.

### 3.2. A negatividade, as alianças inconscientes e o pacto denegativo

No percurso teórico proposto por Kaës (1997, 2000), o grupo não é apenas considerado um “continente de inconscientes individuais”, mas, sobretudo um dispositivo de produção conjunta do inconsciente, de alianças e de vínculos. Para o desenvolvimento destes conceitos, utiliza a base clínica das modalidades do retorno do reprimido, das transferências, da formação de sintoma e do discurso associativo, considerando que nestas modalidades os efeitos das alianças constitutivas do vínculo de grupo são constantes.

Cada conjunto se organiza *positivamente* sobre investimentos mútuos, sobre identificações comuns, sobre ideais e crenças comuns e sobre modalidades toleráveis de realização de desejos. Mas também, se organizam *negativamente* sobre pactos de renúncia e sacrifícios, sobre “apagamentos”, sobre recusas e recalques (KAËS, 2000, 2005a).

Esta organização sobre conteúdos recalcados compõe as alianças inconscientes e as *funções metadefensivas*, pois o grupo deve oferecer a seus membros condições defensivas, nas quais são apoiados os mecanismos de defesa individuais, principalmente contra as angústias psicóticas e arcaicas reativadas pela regressão na situação de grupo. Isto implica dizer que, o vínculo grupal e a formação da realidade psíquica se organizam sobre uma série de operações de repressão, de renegação ou de recusa efetuadas em comum pelos sujeitos.

No entanto, as alianças inconscientes impõem uma obrigação e uma sujeição aos componentes do grupo pelos lugares ocupados no conjunto para a manutenção do pacto denegativo e dos conteúdos recalcados, derivados de contratos e pactos narcísicos. Mas, esses conteúdos recalcados retornam pelos sintomas, sejam eles individuais, que Kaës (1997) denominou porta-sintoma. São sintomas partilhados por vários sujeitos, servem como apoio às identificações, mas o seu sentido fica encoberto pelas alianças inconscientes: “A análise deve ser dirigida ao nó intersubjetivo no qual o sintoma tomou para o sujeito que se fez dele portador, uma parte inestimável de seu valor.” (p. 251). Nesse mesmo sentido, as ideologias e os mitos são formações psíquicas de compromisso construídas pelo conjunto com base na denegação e no recalçamento.

Portanto, os grupos se fundam e se organizam sobre uma positividade e uma negatividade, simultaneamente. E o que seria a *negatividade*?

Ao conceito do Negativo na obra freudiana são atribuídos diversos sentidos: o de inversão de contraste, utilizando a metáfora da fotografia, sobre a oposição entre neurose e perversão; e de uma qualidade agressiva da transferência e certas reações de rejeição do processo terapêutico. No senso comum, o termo negativo assume um valor pejorativo, mas na concepção psicanalítica está desprovido de julgamento de valor ou moral (MISSENARD, 1989; KAËS, 2005b).

Kaës (1989, 2005b) propõe três modalidades do Negativo, presentes no princípio do trabalho psíquico: a *negatividade de obrigação*, a *negatividade relativa*, a *negatividade radical*.

A *negatividade de obrigação* acentua a necessidade, para o funcionamento do aparelho psíquico, de efetuar as operações de rejeição, de negação, de recusa, de desmentido, de renúncia e de apagamento, a fim de preservar um interesse maior da organização psíquica, do próprio sujeito ou dos sujeitos ligados em um conjunto. Kaës utiliza como exemplo desta modalidade, a aliança entre Freud e Fliess sobre a operação de Emma Eckstein.

Esse pacto denegativo coloca a questão da posição do sujeito em relação àquilo que o representa. Para Freud, fundar a psicanálise seria retirar-se da recusa comum que exige a manutenção de seu vínculo homossexual com Fliess – primeiramente, desprender-se dele e advir à individuação criadora, exigindo a ruptura do pacto denegativo, cujo objeto é o que representam o corpo e o sangue de Emma. Da mesma forma, precisaria sacrificar a articulação entre o traumatismo e a fantasia – conquistas teóricas recentes – para a conservação deste vínculo.

A *negatividade relativa* constitui-se sobre a base daquilo que permaneceu em sofrimento na constituição de continentes e conteúdos psíquicos. Ela sustenta um campo do *possível*. Nesta modalidade, a positividade se manifesta como perspectiva organizadora de um projeto ou de uma origem: alguma coisa foi e não é mais; ou, não foi e poderia ser; ou ainda, aquilo que tendo sido não o foi suficientemente, por excesso ou falta, mas poderia ser de *outro modo*. A negatividade relativa sustenta o espaço potencial da realidade psíquica (KAËS, 2005b).

Esta modalidade do negativo sustenta a representação e os conteúdos representativos da origem. O movimento de adesão ao grupo assume um sentido sobre a negatividade da separação originária: sobre a base da angústia e da perda, sobre a base da “falta” e das insatisfações. O vínculo de grupo é investido e representado como um

retorno àquilo que não é mais, àquilo que nós não somos mais, mas que poderia ser revivido (KAËS, 1989).

Supõe-se que esta modalidade do negativo é importante para pensarmos os grupos de tratamento da dependência química, mais especificamente, o grupo de mulheres. Os grupos de tratamento possibilitariam um retorno “àquilo que não é mais, àquilo que não somos mais”? Possibilitariam uma elaboração da angústia e da perda, da “falta” e das insatisfações?

Curiosamente, ao iniciar o desenvolvimento sobre a última modalidade do negativo – a *radical*, Kaës (1989) sugere a suspensão dos valores negativos atribuídos à negatividade: o ruim, o destruidor, o persecutório, a falta e o excessivo.

Essa modalidade é aquilo que, no espaço psíquico, tem o estatuto daquilo que “não está”. Ela se deixa representar pelas figuras do branco, do desconhecido, do vazio, da ausência ou do não-ser.

Kaës (2005b) conclui, a partir das observações em sessões de psicodrama, que não podemos fazer nada contra a ausência, salvo, com o dispositivo de grupo, pensá-la. É possível passar do impensável do furo à representação da perda e que está aquém da castração: as falhas de continência e as agonias primitivas evocadas nas associações sobre o inerte e o esvaziamento.

O trabalho do pensamento e do grupo constitui-se como uma das formas de reduzir a margem infinita da negatividade radical, de limitá-la e de acolher o desconhecido e a alteridade. Por outro lado, a negação da negatividade radical se reconhece nos efeitos destrutivos do vínculo e do pensamento.

O que nos interessa nesta modalidade de negatividade é a sua relação com o irrepresentável das experiências primitivas e originárias no desenvolvimento humano, aspecto que nos aproxima do conceito de feminilidade desenvolvido por alguns autores no decorrer deste trabalho.

A negatividade radical é, provavelmente, apenas um trabalho de desenvolvimento relativamente tardio que tem sido feito para dar um estatuto de representação no espaço psíquico, ou seja, a tentativa de representar o que não aconteceu no encontro entre um organismo sensorial e um objeto, o *não-representável*. Nessa modalidade estão presentes questões sobre a origem, sobre o não-ser, sobre o outro, sobre o desconhecido, sobre o *inconciliável*, sobre o impossível, e ainda, questões sobre o sexo, sobre o desejo e o risco de supor o não-desejo (KAËS, 1989).

No entanto, essas questões se configuram no pensamento do sujeito, gradativamente, através de uma ancoragem (*étayage*) na experiência corporal e, conjuntamente, sobre a experiência psíquica e a palavra de um outro. Essas são as condições necessárias para a elaboração no espaço psíquico do que não aconteceu na experiência. A angústia que essa não-representação provoca poderá resultar em uma destruição do pensar para suprimir o *intolerável* e a negatividade radical poderá ser tratada, segundo as outras modalidades de negatividade – relativa e de obrigação.

Supõe-se aqui uma associação entre a negatividade radical ao irrepresentável do excesso no psiquismo – a feminilidade. Aquilo que não se esgota pela representação, mas que encontra em sua característica irrepresentável, a condição da existência humana.

Salienta-se que a negatividade radical é necessária à experiência psíquica e ao trabalho do pensamento, pois é contrária a uma tendência de associar os objetos e o próprio espaço psíquico nos limites do conhecido e na busca exaustiva de representações do irrepresentável: “A negatividade radical não pode ser abolida em uma positividade, que nós tentamos incessantemente lhe reduzir. Esta negatividade concerne o ser (o não-ser), mais que o ter.” (Kaës, 1989, p. 120)

Argumenta-se também que a qualidade do trabalho psicanalítico em um grupo, deve consistir no efeito de desvincular o que foi transferido no grupo e sobre o seu vínculo, a partir de todas as modalidades do Negativo, que retornam nas formações imaginárias. Este trabalho leva a reconhecer um “resto”, uma negatividade irreduzível que estará sempre presente nos vínculos intersubjetivos: “Ignorar ou recusar esta persistência do negativo conduziria a uma busca repetitiva da experiência corretiva e a instalar o sujeito em uma relação adictiva ao grupo.” (KAËS, 1989, p. 117)

Como pensar as modalidades de negativo na formação dos sintomas e na manutenção do vínculo? Qual a relação entre pacto denegativo e as modalidades de negatividade?

A noção de pacto denegativo se inscreve nas categorias da negatividade – de obrigação, relativa e radical – “se trata de um pacto sobre o negativo” (KAËS, 1989, p. 126). Neste sentido, o pacto denegativo como mecanismo defensivo é uma metadefesa – cria em um conjunto um “não-significável”, um “não-transformável”, ou seja, zonas de silêncio e linhas de fuga que mantêm o sujeito em um vínculo estrangeiro de sua própria história.

O pacto denegativo é uma formação psíquica *biface* – ela faz parte de uma série de formações e funções específicas no espaço intrapsíquico e ao mesmo tempo sustenta a formação e os processos dos laços intersubjetivos. O Ideal do Eu, as identificações e o contrato narcísico são formações bifaciais e estabelecem relações com os espaços heterogêneos. Enquanto formações bifaciais, satisfazem os interesses dos sujeitos e as exigências para a manutenção do vínculo. O assujeitamento de cada elemento do grupo em seu sintoma exerce uma função que é executada no e pelo vínculo, assim o sintoma recebe um reforço para a sua continuidade.

Todo sujeito está comprometido com as alianças inconscientes, a partir de seu nascimento, impondo a este um lugar no conjunto intersubjetivo, com a tarefa de mantê-las e garantir a sua continuidade através das gerações. Em troca, o grupo deve investir narcisicamente neste novo indivíduo – é o contrato narcísico.

Para a compreensão desses conceitos, é necessário retomar a concepção de Freud sobre o narcisismo. Freud, em *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução* (1914) desenvolve essa etapa no desenvolvimento emocional.

Freud descreve a libido narcísica ou do ego como um “grande reservatório” de onde partem as catexias de objeto e no qual elas voltam a ser recolhidas. Considera libido narcísica um estado originário realizado na primeira infância e uma posição à qual se retorna sempre. Como pensar este conceito e modalidade de investimento aplicado aos grupos e vínculos intersubjetivos?

Em uma família, quando nasce um bebê (*His Majesty the baby*), este passa a ser portador de todas as perfeições e carrega consigo a esperança de todas as realizações, antes renunciadas pelos seus pais. A enfermidade, a morte, a renúncia ao prazer e a limitação da própria vontade desaparecem para a criança e as leis da natureza e da sociedade deverão se submeter a sua pessoa. Assim, a imortalidade e a segurança, tão oprimidas e inalcançáveis pela realidade, são alcançadas por meio do refúgio com este nascimento.

Desta forma,

A noção de “contrato narcísico” corresponde à atribuição a cada um de um lugar determinado no grupo e indicado pelas vozes que o sustentaram, antes do nascimento do recém-chegado, um discurso conforme o mito fundador do grupo. Esse discurso, que contém os ideais e os valores do grupo e que transmite a cultura deste, deve ser assumido por cada sujeito. (KAËS, 2000, p. 115)

Portanto, o contrato narcísico são as formações positivas do laço (*positividade*) e o pacto denegativo (*negatividade*) apoia estas formações, essas estruturas constituem os conjuntos intersubjetivos e compõem a vida fantasmática dos grupos (e das instituições). Assim, os pactos denegativos organizam e estruturam os grupos, assim como, os laços estabelecidos entre os sujeitos.

Considerando o feminino, como uma figura enigmática poderia ser pensada nos grupos? Como o estatuto do *estranho* e do estrangeiro poderia ser assumida pelo grupo? A exclusão do estrangeiro, do diferente pode ser considerada um efeito do pacto denegativo nos laços sociais, pois ameaça a identidade (o *si-mesmo*)?

O conceito da diferença, pela construção psicanalítica, aparece, em diferentes momentos, ligado ao conceito de estrangeiro. E essas duas noções (diferença e estrangeiro) são associadas inicialmente a desprazer e hostilidade, formando a categoria do *não-eu* (*non-moi*) (FERNANDES, 2005).

Em outro momento, vem associada à experiência persecutória e depressiva da perda da unidade (mãe-filho), reorganizando as relações dentro/fora. Também, pode ser entendida como afastamento do lugar e da ligação com as origens, carregando a significação de exílio e a categoria do *não vínculo* (*non-lien*) e da separação. Num terceiro momento, associa-se à alteridade, à confrontação com a diferença de sexos e entre as gerações. Constitui a categoria do *não o mesmo* (*non-le même*). O último e quarto momento estão associados à saída do grupo familiar, é a categoria do *não-nós* (*non-nous*). Ressalta-se que essas diferentes categorias estão sempre marcadas pela experiência do *negativo* (FERNANDES, 2005).

No entanto, quais as formações envolvidas na manutenção da identidade com o *si-mesmo*, provocando a exclusão de tudo o que se refere à diferença? Quais os mecanismos que impedem o pensar (e acolher) o *não-eu*, o *não-mesmo* e o *não-nós*?

Supõe-se que a permanência no *si-mesmo* está relacionada com a posição ideológica. O vínculo com a ideologia mantém para o sujeito uma fantasia de imortalidade, ou seja, com o desejo de não ser sexuado, resistindo à representação das diferenças e protegendo contra as angústias de ameaça vital e de perda (KAËS, 1980, 1997).

Mas, é através da complementariedade entre o *idêntico e o estranho* que o sujeito poderá se reconhecer na figura enigmática de seu duplo estrangeiro. É a instauração de uma lacuna, de uma latência que torna possível o pensar – a presença é

descoberta pela ausência, a ausência é assimilada como perda não radical através de uma presença constantemente encontrada (ROUSSILLON, 1989). Talvez seja necessária uma *passagem*, uma *ponte* que possibilite essa aproximação.

É pelos caminhos *estranhos e desconhecidos* que somos levados ao ponto-limite, ponto elementar que “não pode ser pensado em termos de uma figuração, de uma representação, nem de um afeto, sendo algo sem rosto e sem desejo, pura queda neste silêncio sem fim [...]” (MENEZES, 2008, p. 46).

Como já disse Freud, aos poetas reservo o direito de pensar sobre o *impensável*, sobre o confronto com o *vazio*, o *não-representável*.

Guimarães Rosa (2001) escreveu um conto “O Espelho”, em que um narrador – que conhece o mundo pela experiência e pela intuição – se opõe a um leitor de teorias, sedento de provas científicas, mas que se deixa enganar pela ilusão. A experiência relatada pelo narrador é de um estranhamento a si mesmo na imagem refletida no espelho – uma imagem desfigurada. Esse estranhamento gerou uma constante busca pela “travisagem daquela máscara”, a sua “vera forma”.

Até que, um dia, o narrador se mira novamente no espelho e nada vê: “Simplesmente lhe digo que me olhei num espelho e não me vi. Não vi nada [...] Eu não tinha formas, rosto?” (p. 126). E o narrador conclui:

[...] não haveria em mim uma existência central, pessoal, autônoma? Seria eu um... des-almado? Então, o que se me fingia de um suposto *eu*, não era mais que, sobre a persistência do animal, um pouco de herança, de soltos instintos, energia passional estranha, um entrecruzar-se de influências, e tudo o mais que na impermanência se indefine? Diziam-se isso os raios luminosos e face vazia do espelho – com rigorosa infidelidade (ROSA, 2001, p. 126).

Como pensar a *impermanência* e a *indefinição* nos espaços grupais? Quais os efeitos do impensável nos laços intersubjetivos? Kaës nos responde desenvolvendo sobre as funções da constituição dos vínculos e da emergência do Sujeito do Grupo.

### 3.3. O grupo e o sujeito do grupo

Kaës (2000) desenvolve que o interesse das ciências humanas pelos processos grupais aconteceu em períodos de desorganização social e cultural e que se caracterizaram por um enfraquecimento das garantias metassociais e metapsíquicas.

Este enfraquecimento provocou uma alteração das funções de enquadramento<sup>23</sup>, de crenças compartilhadas e de representações comuns, abrindo um espaço para a substituição da lei pela arbitrariedade e anomia. Entre os transtornos na atualidade, o autor apresenta seus efeitos e consequências psíquicas e intersubjetivas.

São os transtornos relacionados aos fundamentos da pulsão e ao pacto de renúncia pulsional parcial; os transtornos relacionados à desorganização das referências identificatórias e nas fronteiras do eu, provocando uma fragilidade dos contratos intersubjetivos; e os transtornos relacionados à falha nos sistemas de representações compartilhadas (KAËS, 2000).

Nesse cenário, o grupo assume um lugar importante na restauração das funções metapsíquicas e na investigação dos processos psíquicos em que repousam os pactos de renúncia, a eficácia das proibições estruturantes, as referências identificatórias, as crenças e representações compartilhadas (KAËS, 2000).

Em Freud, os trabalhos teóricos voltados aos fenômenos grupais caracterizaram uma preocupação com a determinação e a consistência intersubjetiva da vida psíquica, como por exemplo, em *Totem e Tabu* (1913). Esse interesse se caracteriza por uma oscilação no movimento e pensamento psicanalíticos: ora o grupo é pensado como um conjunto de vínculos que formam a matriz da psique e como passagem obrigatória na edificação da civilização; ora é denunciado como um lugar de regressão à horda selvagem e mortífera, destruidora de vínculos e dispositivo de alienação.

Entre as funções do grupo, relacionadas ao conjunto de vínculos matriciais, encontram-se algumas que garantem o desenvolvimento e a manutenção da vida psíquica:

Contra a solidão, o desamparo e o medo, contra os perigos e os ataques do mundo externo e do mundo interno, o grupo propõe um sistema de proteção e defesa em troca de um contrato de pertencimento permanente a ele. Este contrato está fundado sobre identificações mútuas, sobre representações e ideais comuns, sobre alianças conjuntas e sobre renúncias recíprocas às satisfações pulsionais imediatas e aos ideais pessoais. (KAËS, 2000, p. 12)

---

<sup>23</sup> O conceito de enquadramento ou enquadre foi desenvolvido por Bleger em *Psicanálise do Enquadramento Psicanalítico* (1988). Na situação psicanalítica encontra-se uma totalidade de fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente, que constituem um *processo*. Porém, encontra-se também, um “não-processo”, constituída pelas constantes de um método ou técnica, sendo que o processo está inserido nesta constante e relacionado ao conjunto das variáveis. No enquadramento psicanalítico estão incluídos o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais (ambiente) e temporais e parte da técnica (local, horários, honorários, interrupções planejadas, etc.). O enquadramento só é percebido quando ocorrem falhas, obstrução ou extinção de suas constantes. Compreende-se que é neste sentido de falha que Kaës utiliza esse conceito (1979, 2003), enquanto uma ruptura dos conjuntos intersubjetivos de pertencimento narcísico, discutido em alguns dos seus trabalhos.

Com base nos vínculos identificatórios e de pertencimento, o grupo assume para o indivíduo o princípio de toda vida coletiva e dos rituais de iniciação – a passagem da natureza à cultura, do nascimento à morte, da indiferenciação à diferenciação sexual, e as passagens de uma geração a outra (KAËS, 2000).

O grupo cumpre, também, um papel intermediário entre os movimentos de equilíbrio e de transformação que afetam a sociedade, assumindo a função de instrumento da socialização, na medida em que assegura a continuidade e a passagem entre o grupo primário (família), os grupos secundários (grupos de pares, grupos de aprendizagem, etc.) e o “corpo” social. Nesses grupos são estabelecidos e transmitidos os contratos que organizam os saberes comuns, os ideais compartilhados, os sistemas de defesa e de proteção mútuas (KAËS, 2000).

Ao mesmo tempo em que se reconhecem as funções do grupo e dos vínculos neste estabelecidos, há o temor de que o grupo favoreça uma regressão a horda primitiva e provoque em seus membros comportamentos imprevisíveis, incontroláveis e destrutivos. Estas representações de grupo estão presentes nas fantasias, angústias inconscientes e nos mecanismos de defesa de seus integrantes.

No entanto, o grupo é considerado perigoso quando a desorganização social representa a desorganização pulsional, reciprocamente, quando a desorganização pulsional se projeta nos movimentos sociais (KAËS, 2000).

Assim sendo, considera-se que a principal contribuição da psicanálise é a investigação dos processos psíquicos e dimensões da subjetividade que são mobilizados nos dispositivos grupais que não se manifestam nos individuais, principalmente, quando estão em jogo certas conjunções e a patologia dos vínculos no casal, na família e na instituição:

Os dispositivos de grupo estão indicados cada vez que a abordagem do sofrimento dos pacientes exigir que primeiro se estabeleçam ou se restabeçam as condições de um continente psíquico plurisubjetivo, de modo que o grupo possa progressivamente internalizar-se em uma envoltura psíquica; esta poderá então receber as fantasias e os objetos de identificação necessários para a emergência de um sujeito, por sua vez singular e solidário de um conjunto de que participa e de que procede. (KAËS, 2000, p. 16)

Essas concepções configuram-se como um marco teórico adequado para trabalhar as hipóteses correspondentes nos grupos, possibilitando a construção de teorias sobre as formas e processos da realidade psíquica desse campo – “essas teorias

têm incidência sobre a teoria geral psicanalítica. Redefinem um conhecimento do inconsciente e de formas de subjetividade respectivas.” (KAËS, 2000, p. 18).

A partir dessas transformações paradigmáticas, concebe-se a teoria do sujeito do inconsciente como sujeito da/na intersubjetividade. Essa teoria concebe a hipótese que o grupo constitui um dos lugares de formação do inconsciente, designando a forma e a estrutura de uma organização intrapsíquica caracterizada por ligações mútuas entre seus elementos constitutivos (objetos psíquicos) e por funções que cumpre o aparelho psíquico nos vínculos intersubjetivos.

O problema relacionado aos dispositivos de grupo foi introduzido na psicanálise desde a sua origem, na invenção de seus postulados, em suas formas de transmissão e filiação<sup>24</sup>. Supõe-se que em uma relação intensa de pequenos grupos – como, por exemplo, a história do movimento psicanalítico – são desencadeados alguns efeitos, sendo possível a exploração de conteúdos mais íntimos, singulares e ocultos por mecanismos da censura intrapsíquica e da censura social.

A noção de grupo já era discutida por Freud, desde as concepções metapsicológicas do aparelho psíquico. A *grupalidade psíquica* é essencialmente uma organização do psiquismo e dos vínculos de grupo, diferentemente das primeiras teorias, que consideram o “grupo como entidade psíquica” (KAËS, 1997, 2000).

A noção de *grupalidade psíquica*<sup>25</sup> foi introduzida por Freud em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895) e nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). Nesses trabalhos, o grupo aparece como um modelo de organização e de funcionamento intrapsíquicos, sendo denominado como um conjunto de elementos (neurais, representacionais, afetivos, pulsionais) ligados entre si por investimentos mútuos, que funcionam como atrativos de ligação e separação:

Os grupos psíquicos clivados são constitutivos do Inconsciente, de seu conteúdo e regem a relação com outros sistemas. Tudo de passa como se a noção de grupo psíquico fosse necessária desde o momento da invenção do Inconsciente para explicar a ligação originária dos objetos e das formas que o constituem: uma estrutura se destaca e as formas se diversificam. (KAËS, 1997, p. 33)

---

<sup>24</sup> Kaës analisa em *O grupo e o Sujeito do Grupo* (1997) e em *Las Teorias Psicoanalíticas del Grupo* (2000) como a questão do grupo foi introduzida na psicanálise desde sua origem, caracterizada por resistência e aversão. A tese do autor é de que o grupo constitui a matriz fecunda e traumática da invenção da psicanálise, de sua instituição e de sua transmissão. Na história do movimento psicanalítico estão presentes vínculos de amor e ódio em torno de um ideal comum e em torno de um pai ancestral. Outro trabalho importante sobre os vínculos estabelecidos na história do movimento psicanalítico é o trabalho de Sophie de Mijolla-Mellor em *A Necessidade de Crer* (2004).

<sup>25</sup> Segundo Kaës (1997) a categoria e não o termo aparece na primeira tópica de Freud.

No processo de identificação, na formação do sonho, nos mecanismos de condensação e deslocamento, na difração do eu do sonhador em “múltiplos” objetos da primeira tópica; e nas identificações multifacetadas, personalidades múltiplas ou dissociadas, nas noções de complexo e imago – em todas estas concepções, Freud se aproxima da noção de um aparelho psíquico organizado por um modelo de grupo: “o grupo intersubjetivo fornece o modelo e a metáfora de que Freud se serve para ter a representação dos grupos psíquicos e do próprio aparelho psíquico.” (KAËS, 1997, p. 34).

Contudo, é em *Totem e Tabu* (1913) que Freud utiliza a estrutura do vínculo libidinal entre vários sujeitos; a natureza e o papel das identificações; a função dos ideais e a formação do eu em uma tentativa de introduzir esses conceitos psicanalíticos em um cenário intersubjetivo. Segundo Kaës (1997, 2000), Freud supõe a existência de formações e processos psíquicos inerentes aos conjuntos intersubjetivos, implicando em uma realidade psíquica não localizada inteiramente (e somente) no sujeito singular:

A questão do grupo intersubjetivo dá, portanto, a Freud a oportunidade de um relançamento heurístico fundamental. Propicia-lhe um eixo de pesquisa sobre o *fundamento* da realidade psíquica individual nos conjuntos intersubjetivos, mais precisamente sobre a realidade psíquica que se forma, circula, se transforma nos conjuntos e que constitui um dos suportes do sujeito do inconsciente. (KAËS, 1997, p. 36)

Em alguns trabalhos, Freud apresenta três modelos de agrupamento que serviram como base ulterior para o desenvolvimento das teorias psicanalíticas de grupo. O primeiro modelo é introduzido em *Totem e Tabu* (1913), com a noção de que a realidade psíquica própria do grupo se revela pelos efeitos de aliança fraternal para matar o Pai de Horda Primitiva, como também, “a hipótese de que as proibições morais e as convenções pelas quais nos regemos podem ter uma relação fundamental com esses tabus primitivos” (p. 41). Fundamenta-se, com essa hipótese, o efeito da transmissão psíquica nos laços grupais e na etiologia da neurose.

Nesse trabalho, Freud expõe pela primeira vez como se efetua a passagem da pluralidade dos indivíduos isolados para o agrupamento: o assassinato do Pai Originário odiado e amado é a base para um pacto entre os irmãos. Os filhos, aliados contra o chefe da Horda, preparam e consumam o ato e devoram o seu cadáver através de um ritual canibalístico.

Porém, como consequência da culpa, eles estabelecem um pacto que impede qualquer um dos irmãos de assumir a herança e o lugar do Pai. Gerado pela culpa, esse pacto denegativo e identificatório (KAËS, 1997) conclui a dupla proibição do incesto e do assassinato do animal totêmico erigido em memorial do Ancestral que se tornou o fundador do grupo. Analisa Freud (1913, p. 148):

O sistema totêmico foi, por assim dizer, um pacto com o pai, no qual este prometia-lhes tudo o que uma imaginação infantil pode esperar de um pai – proteção, cuidado e indulgência – enquanto que, por seu lado, comprometiam-se a respeitar-lhe a vida, isto é, não repetir o ato que causara a destruição do pai real [...] Desta maneira, o totemismo ajudou a amenizar a situação e tornou possível esquecer o acontecimento a que devia sua origem.

Assim, a horda patriarcal foi substituída pelo vínculo fraterno, assegurado pelo laço consanguíneo. A sociedade estava agora baseada na cumplicidade do crime comum, fundamentando a religião no sentimento de culpa e remorso; e a moralidade como parte das exigências sociais e da penitência exigida pelo sentimento de culpa (FREUD, 1913).

Esse primeiro momento psíquico – o da incorporação do pai assassinado e a culpa em decorrência do ato – culminará no nascimento da comunidade fraterna, fundada sobre os princípios da proibição do assassinato e da exogamia. Segundo Kaës (1997), o modelo proposto por Freud, em *Totem e Tabu*, é o da mudança na ordem do agrupamento, com base no deslocamento dos investimentos megalomaniacos e das identificações com a onipotência da figura do Pai em direção aos investimentos fraternais, sendo o início da história e do vínculo intersubjetivo. Essa mudança requer um trabalho dos irmãos para interromper a repetição e renunciar à rivalidade imaginária.

O assassinato do pai primevo pelo grupo de filhos deixou traços na história da humanidade, como por exemplo, na história da arte grega, o herói deve conduzir um fardo como “culpa trágica”, iniciando a discussão sobre as transmissões inter e transgeracionais:

Em particular, supus que o sentimento de culpa por uma determinada ação persistiu por muitos milhares de anos e tem permanecido operativo em gerações que não poderiam ter tido conhecimento dela [...] quanto podemos atribuir à continuidade psíquica na sequência das gerações? Quais são as maneiras e meios empregados por determinada geração para transmitir seus estados mentais à geração seguinte? (FREUD, 1913, p. 159)

A partir desse postulado, amplia-se a discussão para o conceito de herança e transmissão psíquica, ou seja, há uma “compreensão inconsciente” de todos os costumes, cerimônias e dogmas que restaram da relação original com o Pai, e as

gerações posteriores recebem “sua herança de emoção”. Essa transmissão só é possível através de um aparelho para interpretar – *apparat zu deuten* – que capacita as atividades mentais inconscientes para a interpretação das reações de outras pessoas. Segundo Kaës (1997), o aparelho para interpretar produz transformações e significados, cumpre a função associativa e dissociativa da psique.

O segundo modelo do processo psíquico de agrupamento é apresentado em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921). Nesse trabalho, a identificação com o chefe e as identificações mútuas são o alicerce que ordenam a estrutura libidinal dos vínculos intersubjetivos. Por meio do processo identificatório, se efetuam a translação e a transformação das formações intrapsíquicas sobre uma figura comum e idealizada. No entanto, essa transferência implica para os sujeitos do grupo, um abandono de seus próprios ideais em troca de outro ganho – o ideal comum e coletivo, o “espírito de grupo” (*esprit de corps*).

Esse ideal comum possibilita uma inversão daquilo que a princípio constituiu um sentimento hostil em uma ligação positiva, sob a influência de um vínculo afetoso comum com uma pessoa fora do grupo (identificação com o líder) e uma relação horizontal entre os membros desse (identificação mútua):

[...] a exigência de igualdade num grupo aplica-se apenas aos membros e não ao líder. Todos os membros devem ser iguais uns aos outros, mas todos querem ser dirigidos por uma só pessoa. Muitos iguais, que podem identificar-se uns com os outros, e uma pessoa isolada, superior a todos eles: essa é a situação que vemos realizada nos grupos capazes de subsistir. (FREUD, 1921, p. 131)

Com essa descrição, são especificados os arranjos identificatórios próprios aos conjuntos intersubjetivos: a figura do líder; as formações do Ideal comum; as identificações imaginárias; o desenvolvimento do narcisismo das pequenas diferenças; a função das formações intermediárias para a economia do conjunto e para cada sujeito.

Missenard (1978) analisou o conceito e o processo de identificação nos grupos. A identificação é articulada ao desejo (e à fantasia), mas, por ser um desejo proibido e carregado de culpa é atribuído explicitamente ao outro, através de um mecanismo de projeção. No entanto, a identificação não está apenas relacionada aos mecanismos de defesa e produção de sintomas, ela também cumpre uma importante função na incorporação (introjeção) como modelo para o desenvolvimento psíquico (FREUD, 1921).

Portanto, o processo identificatório não introduz uma forma de existência imóvel e paralisada. Através da renúncia edípica, o sujeito busca o “objeto sempre desejado” e “nunca acessível”, que sucede após a sua perda: “na verdade, ao abandono do desejo pela mãe se sucede um projeto cuja realização nunca será satisfatória; um projeto sucederá a outro e assim sucessivamente, de modo interminável.” (MISSENARD, 1978, p. 356). O mesmo mecanismo acontece em uma ruptura inaugural com o objeto-seio, e por esta perspectiva, a identificação é sempre inacessível, se inscreve sobre o pano de fundo da falta e é um movimento na tentativa de preenchimento do vazio.

Freud propõe um terceiro modelo – o tema da renúncia mútua à realização dos alvos pulsionais em troca de segurança oferecida pelo processo civilizatório. Este tema é retomado em *O Mal-Estar na Civilização* (1930), onde a renúncia, efetivada através de um pacto coletivo, possibilita o amor e o desenvolvimento cultural. Neste trabalho, o narcisismo das “pequenas diferenças” delimita o pertencimento, a identidade e a continuidade do conjunto e distingue cada grupo dos demais: “essa ‘terceira diferença’, ao lado das do sexo e da geração especifica a relação de cada sujeito com a psique do grupo no qual está narcisicamente inserido e que, por sua vez, ele mantém.” (KAËS, 1997, p. 42)

Os três modelos de funcionamento psíquico grupal sustentam algumas hipóteses: 1) uma organização grupal da psique individual (*grupalidade psíquica*); 2) o grupo é o lugar de uma realidade psíquica específica; 3) a realidade psíquica do grupo precede o sujeito e a estrutura. (KAËS, 2000)

Portanto, estas hipóteses são fundamentais para pensarmos as patologias e sofrimentos psíquicos, não mais só apoiados na dinâmica intrapsíquica, mas em um conjunto intersubjetivo. Nesta lógica – se o grupo precede o sujeito e o determina – os conteúdos psíquicos grupais, os laços intersubjetivos e os pactos são construídos pelo e no dispositivo grupal, configurando uma ferramenta de investigação e intervenção:

Assim, se enceta, além de sua heterogeneidade e de sua descontinuidade, uma articulação fundamental entre as formações intrapsíquica e as formações inter e transpsíquicas, articulação fundamental que ultrapassa as oposições clássicas introduzidas pela psicologia e pela sociologia entre o indivíduo e o grupo (KAËS, 1997, p. 42).

A partir dos postulados freudianos sobre os vínculos grupais, surgem as teorias psicanalíticas de grupo que se dividem em três tendências principais. A primeira está centrada no grupo como sede de uma realidade psíquica própria. A segunda tendência introduz mais diretamente a questão do sujeito no grupo e a análise dos vínculos

grupais, postula-se a existência de formações gerais com uma especificidade de funcionamento na situação de grupo e a existência de formações e processos associados:

A partir deste critério podemos, com efeito, encarar que nos grupos formam-se *espaços psíquicos grupais* (continentes, superfícies, cenas, depósitos, enclaves, limites, fronteiras...) engendrados pelas contribuições dos membros do grupo, pela ligação dessas contribuições, pelo que deve ser criado ou suscitado pelo próprio fato de o grupo existir independentemente de seus constituintes singulares [...] (KAËS, 1997, p. 83, grifo do autor)

Desta forma, considera-se que os processos de grupo são complexos, porque concernem espaços heterogêneos e associados – o espaço intrapsíquico de cada sujeito e o espaço comum, intersubjetivo e transubjetivo do grupo. Além disso, sua complexidade também é caracterizada por uma coexistência de processos de origem e funções diferenciadas, produzindo efeitos heterogêneos nas dimensões individuais e grupais. No entanto, esta heterogeneidade funda o trabalho psíquico próprio da situação de grupo (KAËS, 1997, 2000).

Diante dessa complexidade e heterogeneidade do campo grupal, faz-se necessário a construção de conceitos específicos para dar conta dos processos e formações psíquicas que não são próprias de cada sujeito considerado isoladamente, mas a partir das ações, representações e vínculos recíprocos constituídos no grupo, formando a realidade psíquica comum e compartilhada.

Entre esses conceitos, Kaës (1997, 2000) desenvolve quatro categorias de processo nos grupos<sup>26</sup>: os processos psíquicos grupais originários; os processos primários – onirismo e fantasmática de grupo; os processos secundários – representação e pensamento; os processos terciários – o vínculo com o aparelho da linguagem e o mito.

Os processos psíquicos grupais originários supõem uma abolição parcial dos limites do eu de cada sujeito e uma indiferenciação de seus espaços: são as formações oníricas comuns, as emoções contagiosas sem sujeito nem objeto, as experiências sensoriais de tipo alucinatorio. O grupo é uma forma indeterminada de um espaço narcísico sem limite, em que pode ser experimentada a sensação “oceânica” e a nirvânica (KAËS, 1997).

O originário é uma forma de atividade e um modo de funcionamento psíquico inaugural produzido no encontro entre a psique do *infans* e o meio. Essa experiência

---

<sup>26</sup> O autor descreve processo como uma sucessão organizada, regular e constante de fenômenos em movimento. Supõe uma fonte pela qual procede a sucessão, que se desenvolve a partir de uma dinâmica interna, de um espaço e de uma temporalidade específica (KAËS, 2000).

remete ao encontro entre os espaços psíquicos e corporais da mãe e do bebê. Nesse encontro, nasce uma primeira representação da psique, em que convergem uma experiência de satisfação corporal e uma de prazer psíquico; ou de uma experiência de insatisfação e desprazer. A qualidade desse encontro com o seio materno é representada por um pictograma<sup>27</sup> de união entre a boca e o seio materno nas experiências de prazer; e nas experiências de desprazer, associa-se ao pictograma de rechaço (KAËS, 2000).

Essa experiência primitiva é fundamental para o encontro inaugural no processo grupal. Nesse, o processo originário se inicia pelas experiências de prazer e desprazer do que foi para cada um esse encontro, cuja metabolização deu lugar às primeiras representações pictográficas de união-fusão ou de rechaço. Também a ilusão grupal pode ser considerada como processo originário como um pictograma de reunião, de uma experiência de prazer entre a boca-grupo e o peito-grupo (ANZIEU, 1993), proporcionando uma função de integração das experiências corporais ao conjunto grupal.

Considera-se que essa experiência originária, revivida no espaço grupal, tem um papel importante na clínica da dependência química, como uma possibilidade de reviver as experiências primitivas de prazer e desprazer. Da mesma forma, podemos associar a importância dessa relação fusional e originária entre a mãe e o seu bebê, na erotização do corpo, conforme discutido neste trabalho. Essa experiência originária é fundante da sexualidade e da feminilidade.

A mãe não representa só uma origem situada no passado, mas também um paradigma de uma identidade envolvente (SCHNEIDER, 2003). Esta concepção está apoiada na construção teórica de Anzieu (2001) sobre o *Eu-pele*, como uma aproximação metafórica entre a pele e a representação de um envelope materno originário – o envelope psíquico. Funciona como um elemento de proteção contra as excitações externas (e internas), cumprindo a função de *paraexcitação*.

No entanto, além dessa função de proteção, o grupo também suscita um aumento da excitabilidade. Kaës (2005) considera que essa experiência originária revivida no campo grupal suscita mecanismos de defesa em relação ao que é mobilizado:

Desse ponto de vista, é notável e constante a dificuldade de se permitir representar, figurar ou pensar sobre o que é mobilizado ou paralisado em nós nos grupos. Este trabalho de repressão das representações e da supressão dos

---

<sup>27</sup> Termo utilizado por Piera Aulagnier (1979). É a primeira representação psíquica no encontro da percepção de uma necessidade em relação aos espaços corporais e psíquicos da mãe e do bebê. Nesta representação convergem as experiências de prazer e de desprazer.

afetos é, em parte, efeito do aumento das excitações intrapsíquicas e interindividuais, potencialmente traumáticas, que o agrupamento suscita. Esta afinidade do grupo com a excitação e a função de paraexcitação introduz o problema específico do inconsciente nos grupos (p. 39).

Outro processo grupal são os primários, que regem e trabalham para manter as melhores condições de satisfação psíquica, através das organizações das representações e dos mecanismos de defesa próprios<sup>28</sup>. Favorecem a realização do desejo inconsciente e facilitam o investimento da energia psíquica sobre essas representações (KAËS, 2000). Nesse processo, as exigências da censura desencadeiam um trabalho psíquico de transformação, sendo ativado na formação do sintoma, do sonho e na cadeia associativa grupal.

Os processos secundários estão relacionados com o sistema pré-consciente/consciente. Caracterizam-se pelo deslocamento de quantidades de energia de baixa intensidade sobre a rede de representações e por um investimento suficientemente forte para manter a atração e a identidade dos pensamentos. Organizam assim a estabilidade das experiências mentais, ligando a energia e sustentando as operações da vigília, da atenção, do juízo e a ação controlada. Cumprem uma função reguladora com relação aos processos primários, transformando os conteúdos associados em uma estrutura inteligível (KAËS, 2000).

Os processos terciários estabelecem um vínculo com a linguagem e o mito. Esse processo está relacionado com o processo secundário desenvolvido por Freud, em que os sonhos são transformados de sua aparência absurda e incoerente em uma estrutura inteligível, através do relato. No processo terciário, o relato e o conteúdo dos sonhos são adequados à estrutura cultural tradicional: “A ênfase está colocada sobre a transformação do processo primário em enunciados míticos.” (KAËS, 2000, p. 89)

Kaës (2000) estabelece uma relação dos processos terciários com o *Apparat zu deuten* da mente humana para interpretar e produzir significações. O mito, o conto, a utopia e a ideologia são exemplos dessas produções.

Essas quatro categorias de processos psíquicos grupais não funcionam de maneira homogênea e sincrônica nos grupos. Alguns processos podem se estabilizar no grupo e outros podem permanecer ativos no aparelho psíquico de cada sujeito.

---

<sup>28</sup> Os mecanismos próprios desse processo são: deslocamento, condensação, difração, multiplicação do semelhante, dramatização, simbolização (KAËS, 2000).

Considerando-se que os grupos comportam a heterogeneidade dos espaços, a complexidade de composições e de lógicas, como se dá a *passagem* entre esses campos? Como se dá a *passagem* das formações intrapsíquicas para os processos grupais?

Na cadeia associativa e nas formações colocadas em jogo nos processos psíquicos grupais, a categoria do intermediário é fundamental para o entrelaçamento dos espaços da fantasia, do discurso associativo e da estrutura intersubjetiva.

Essa categoria possibilita uma injunção paradoxal, sem a redução dos opostos – “é e não é ao mesmo tempo”. Para tanto, segue-se por definições desse conceito nos conjuntos intersubjetivos: “para configurar o momento das *passagens*, a caracterização das *fronteiras*, o que está entre, sem reduzir [...]” (FERNANDES, 2005, p. 126).

### **3.4. A categoria do intermediário**

O conceito do intermediário é fundamental para se pensar a articulação entre os espaços intrapsíquico e intersubjetivo, plurissubjetivo, socialmente organizado e coletivamente atravessado pela realidade psíquica. Esse conceito permite a mediação, uma ponte entre duas ordens de realidade distintas e que não podem ser reduzidas uma à outra.

A categoria do intermediário atravessa as concepções freudianas, da primeira à segunda tópica. O aparelho psíquico é estruturalmente organizado por instâncias e por sistemas separados ou clivados. A partir do corte intrapsíquico (o do recalque originário e do recalque secundário), que se constituem os sistemas e as instâncias intermediárias entre o inconsciente e o consciente; ou entre as exigências do id, as do superego e as da realidade externa. O pré-consciente, na primeira tópica freudiana, e o ego, na segunda, cumprem uma função intermediária de ligação, de passagem, de mediação e de transformação. Da mesma forma, o sonho e o sintoma são formações intermediárias, que do ponto de vista dinâmico, se constituem como formações de compromisso (KAËS, 2005b).

Outra função importante das formações intermediárias para o funcionamento do aparelho psíquico é o de proteção vital. Primeiramente, estas formações estão relacionadas à noção de paraexcitação. Portanto, se as formações intermediárias são associadas a esta proteção vital do aparelho psíquico, nas experiências de ruptura, nas crises e no traumatismo as formações intermediárias são convocadas. Já desenvolvemos

que essa função de proteção vital é exercida pelo processo psíquico originário, o grupo funciona com um envelope psíquico envolvente.

Na segunda tópica, a categoria do intermediário se aplica ao objeto e ao ego. O objeto intermediário e função de ligação do aparelho psíquico são associados ao domínio da ausência do objeto e da capacidade de falar.

No entanto, não é apenas em Freud que encontramos a referência à noção do intermediário. Utiliza-se também das concepções de D. W. Winnicott.

Em Winnicott (1975), o espaço transicional é constituído pela mediação que a mãe estabelece entre as necessidades psíquicas e corporais da criança, entre o meio psíquico e social que a rodeia. O termo experiência cultural é uma extensão dos fenômenos transicionais e do brincar, sendo essencial nesta experiência a existência de “um lugar para colocar aquilo que encontramos”:

Essa condição é decisiva. Devemos ter um lugar para receber o que nos é transmitido, um lugar para recolher o que não nos é momentaneamente disponível, e que outros vão poder fazer funcionar por nós ao nos oferecer representações com as quais iremos novamente poder brincar. É a continuidade entre a área transicional e a área cultural (KAËS, 2005b, p. 25).

No entanto, de maneira diversa da concepção freudiana, a coexistência entre a herança e a criação na área transicional não é uma formação de compromisso, um sintoma. É um momento paradoxal fecundo que supõe uma experiência subjetiva e intersubjetiva de tolerância e confiança.

O objeto transicional, como já discutimos anteriormente, assume uma importância vital para a criança porque permite criar uma continuidade no momento em que ela enfrenta a experiência da separação. O objeto intermediário possibilitaria um momento de estabilização na oscilação entre um movimento de agarramento e um movimento de busca nas situações de perda do objeto (Kaës, 1979, 2005b).

No entanto, como pensar a categoria de intermediário nos conjuntos intersubjetivos? Quais os princípios de mediação e transformação recíproca?

O pensamento de Freud sobre o intermediário nos grupos é construído através de especulações, porque ele se apóia na clínica psicanalítica individual. Porém, a partir dos trabalhos psicanalíticos nos grupos e nas terapias familiares, essas construções teóricas e metodológicas puderam dispor de uma base clínica.

Inicialmente, em Freud, a noção do intermediário é evocada na força misteriosa do hipnotizador e de seu olhar (1921); e em Moisés, como intermediário entre o seu povo e Jeová (1939).

Em *Moisés e o Monoteísmo* (1939), a função do mediador é assumida por Moisés – aquele que afronta o insuportável, o perigo, servindo como uma espécie de tela de proteção entre a fonte de poder divino e os seus destinatários. Segundo Kaës (1997, 2005b), encontramos aqui as referências ao intermediário como filtro (paraexcitação), como um espaço que evita conflitos diretos.

Nesse mesmo texto, Freud se refere à transgressão dos tabus como um perigo social desastroso, portanto, o tabu – como formação intermediária – assume uma função social de ligação e de compromisso, compreendida tanto do ponto de vista dos seus processos intrapsíquicos quanto do ponto de vista intersubjetivo (KAËS, 1997, 2005a, 2005b).

Ressaltamos a função do porta-voz como o depositário dos aspectos denegados do conjunto intersubjetivo, mas também, como proteção aos membros do grupo dos conteúdos indesejáveis e *perigosos*. Assim como o tabu, o porta-voz assume uma função social de ligação e compromisso, mas pode ser transformado em um elemento *intocável*, porque uma aproximação em relação ao porta-voz implica no desvelamento dos conteúdos indesejáveis e que foram “deixados de lado”.

Nesta mesma linha de compreensão, determinados sujeitos assumem funções intermediárias nos grupos e nas famílias. Esses sujeitos cumprem funções de *porta-voz*, *porta-sintoma*, *porta-sonho*, etc – ou seja, são as funções fóricas. Essas funções são acionadas no agenciamento de qualquer vínculo, na família, no casal, em um grupo ou em uma instituição.

O porta-voz não é apenas o indicador ou o analisador do funcionamento do grupo e de suas perturbações. Ele está incluído como sujeito desse grupo, participante de sua situação de conflito e dos seus mecanismos de defesa, ao mesmo tempo em que ele é também o sujeito desse conflito:

Diria que o sujeito do inconsciente, naquilo que ele é sujeito do grupo, é tributário dessa função de *porta-voz* herdada da voz e do discurso maternos na estruturação da psique da criança. Essa presença falante de outro sujeito inscreve o sujeito na rede falante do grupo e, pelo que nos preocupa aqui, ela situa a função do *porta-voz* em um processo intermediário, nos confins da realidade intrapsíquica, da linguagem e da intersubjetividade (KAËS, 2005b, p.43).

Uma das funções fundamentais do porta-voz para a cadeia associativa do grupo é ser o *portador da voz do outro*: “O porta-voz fala no lugar de outro, pelo outro, mas ele fala também pelo outro que está nele.” (KAËS, 2005b, p. 44).

Kaës utiliza, como conceito de porta-voz na cadeia associativa grupal, a definição desenvolvida por Aulagnier (1979). A noção de porta-voz desenvolvida por ela é descrita segundo duas dimensões que devem ser distintas.

A primeira enfatiza a voz, em suas dimensões físicas, vibratórias, sonoras e musicais; mas, também as falas que vêm através desta voz. Essas palavras – que é anterior ao nascimento do bebê – acompanham, comentam e predizem as atividades e os pensamentos supostos do *infans*. A atividade falante da mãe funciona como introdutora de pré-concepções que poderão ser utilizadas posteriormente pela criança. Essa é a primeira função do *porta-voz*.

O modo como a mãe intervém pela palavra e pela voz durante as experiências de prazer e desprazer serão determinantes para a experiência do *infans*. Nessa função de *porta-voz*, a presença e a atividade da mãe modelam as funções intermediárias na criança: assume o lugar de paraexcitação externa, modela a organização libidinal e narcísica do corpo do bebê (AULAGNIER, 1979).

Enfatiza-se que essas funções exercidas pela mãe na relação com o *infans* são exercidas pelo grupo, como uma tentativa de restabelecer essas funções perdidas em situações de crise. E a figura do porta-voz é fundamental nesse processo.

A segunda função do *porta-voz*, segundo Aulagnier (1979), está relacionada com a transmissão de uma ordem intersubjetiva, a qual ela mesma está submetida. Nesta segunda função, a mãe não fala em seu nome, ela não é a causa nem a origem, ela fala em nome de outro quando enuncia as regras, as leis, os interditos e as representações que lhe correspondem.

Portanto, essas duas dimensões da função maternal do *porta-voz* são distintas e articuladas, pela qual a “mãe fala *para* a criança e *pela* criança” (KAËS, 2005b, p. 42). É neste sentido, – ser *portador* da fala do outro e do sentido de sua própria fala – que se situa os pontos de amarração dos espaços intrapsíquicos e intersubjetivos.

Da mesma forma, as outras funções fóricas – *porta-sintoma*, *porta-sonho* e *porta-ideal* – representam o sujeito e o conjunto, sustentando-os e mantendo-os. A figura do *porta-sintoma* (assim como as outras), não está isenta de sua posição de sujeito do inconsciente e do sujeito de grupo, pois tem apego ao seu sintoma e o sustenta no conjunto por aqueles que encontram seu interesse para compartilhá-lo ou para representá-lo em outro (KAËS, 2005a).

As formações, funções e produções no campo grupal fundamentam a concepção de um Sujeito do grupo. Não se trata apenas de pensar o grupo como instrumento metodológico, mas a investigação de um sujeito do Inconsciente e formas de subjetividade que dele se originam. São grupos fundados sobre uma base de negatividade, tecendo as alianças inconscientes entre os sujeitos.

Portanto, com base nas concepções apresentadas, quais as modalidades do negativo estariam presentes nos grupos de mulheres dependentes químicas? Quais os conteúdos denegados nesses grupos através dos pactos denegativos? Quais as formações e funções intermediárias presentes? A droga poderia ser considerada como objeto intermediário e possibilitaria acesso aos conteúdos inconscientes relacionados à formação dos sintomas?

Sugerimos, portanto, uma abordagem de investigação psicanalítica sobre a dependência química, que considera o sintoma como uma formação intermediária (*porta-sintoma*). Nessa linha de pensamento e investigação, o *porta-sintoma* poderia representar os conteúdos denegados dos conjuntos intersubjetivos a que pertencem e, através de sua função de intermediário, manter e sustentar o laço social. Esse laço, por sua vez, seria mantido pelo pacto denegativo, que atribui a cada membro do grupo lugares e funções determinadas para sua manutenção e transmissão. Portanto, o sintoma da dependência química se configura como um *sintoma compartilhado*.

Para o trabalho de investigação destes aspectos, utilizaremos os princípios metodológicos da psicanálise de grupo proposto por René Kaës.

## 4. MÉTODO PSICANALÍTICO E DISPOSITIVO DE GRUPO

Os princípios metodológicos que fundamentam o trabalho psicanalítico de grupo devem considerar que a proposta é inversa à da situação e do dispositivo inicial da cura psicanalítica. No entanto, o dispositivo grupal não contradiz os requisitos teóricos e metodológicos fundamentais da psicanálise: a investigação dos processos inconscientes (KAËS, 2005a).

Neste trabalho, foram considerados os pressupostos teóricos e metodológicos que são invariantes na prática psicanalítica, como também, aqueles que necessitam ser repensados, levando-se em conta a heterogeneidade e a especificidade do campo grupal.

### 4.1. Requisitos metodológicos

Entre os requisitos teóricos e metodológicos fundamentais, citamos alguns imprescindíveis. O primeiro requisito é a *exigência em dizer*, pressupondo que o desejo inconsciente é susceptível de ser dito e essa restrição é própria da técnica psicanalítica, pois a palavra substitui a satisfação pelo ato ou na formação do sintoma. Além disso, significa que o desejo inconsciente é passível de ser decifrado, traduzido e interpretado.

No grupo, os processos e a cadeia associativa são plurais, diversos em suas formas e conteúdos. Essa característica é nomeada como *interdiscursividade*, uma composição de associações produzidas pelos sujeitos na rede de intercâmbios que contribuem, em parte, para a organização de sua economia, de seu processo e de seu sentido (KAËS, 2005).

Isto implica dizer que o grupo é um lugar de uma dramatização específica: “[...] ali se constituem e se manifestam em ato e em representação, representações reprimidas ou não advindas, afetos suprimidos ou não sentidos, as modalidades de relação e de não relação que cada sujeito tem estabelecido com seus objetos internos.” (KAËS, 2005, p. 82).

Outro critério é a dimensão da transferência, que coloca o *desejo humano em relação ao outro*. A transferência não é apenas uma técnica psicanalítica, é uma dimensão epistemológica e revela a dimensão intersubjetiva e o traço constitutivo do desejo humano – “susceptível de ser dito, se dirige ao outro” (KAËS, 2005, p. 69).

Esse critério estabelece uma conexão estreita com o campo grupal. Por suas propriedades morfológicas predispõe a manifestação deste tipo de configuração transferencial, em uma dinâmica que favorece os processos de deslocamento, condensação e difração dos grupos internos.

Um terceiro critério é a *consistência da realidade psíquica*, que corresponde à consistência, à resistência e à insistência de certas manifestações do inconsciente. Trata-se, essencialmente, das fantasias e dos sintomas e de todas as transformações homólogas.

A realidade psíquica nos grupos é objeto decisivo de debate nas proposições de Kaës (1997, 2005). Argumenta que a heterogeneidade dos espaços psíquicos – intrapsíquicos e grupais – não são redutíveis um ao outro, mas é possível pensar uma articulação. Nesta articulação, é necessário reconhecer uma função decisiva da fantasia em sua dimensão estrutural e distributiva da posição do sujeito e da organização do grupo. A realidade psíquica nos grupos revela os pactos nas alianças horizontais entre seus membros, sustentada por identificações mútuas, pela filiação e afiliação, por movimentos de vida e morte entre as gerações apoiados na herança, no superego e nos ideais.

O último é a *historização* que introduz a noção de ressignificação e perlaboração, ou seja, uma reestruturação de acontecimentos anteriores que não puderam ser integrados a um contexto significativo. A relação da *historização* com o campo grupal é o *trabalho da intersubjetividade*: “Chamo trabalho da intersubjetividade ao trabalho psíquico do Outro ou de mais-de-um-outro na psique do sujeito do inconsciente.” (KAËS, 2005, p. 90). Este conceito admite a ideia de que cada sujeito está representado e busca representações nas relações de objeto, nas imagos, identificações e fantasias inconscientes de um outro e de um conjunto de outros.

Portanto, neste trabalho foram considerados os requisitos específicos da psicanálise de grupo e do sujeito do grupo, considerando suas hipóteses centrais: a) a produção de processos associativos em grupo pressupõe uma dupla determinação da formação e dos processos inconscientes – o sujeito singular e a associação grupal; b) a dupla cadeia associativa organiza uma relação específica entre as formações do inconsciente no grupo; c) a cadeia associativa neste contexto se organiza em um discurso significativo, considerada sob o ângulo da realidade psíquica própria; d) as cadeias associativas produzem efeitos diferentes nos membros do grupo – para alguns,

possibilitam o acesso ao retorno do reprimido e para outros, sustentam o movimento de repressão secundária; e) no grupo deve ser considerado o trabalho intersubjetivo das associações, nomeada *interdiscursividade* (KAËS, 2005).

#### 4.2. O enquadre e suas funções

Outro requisito considerado para o trabalho em grupo é a noção de *enquadre*. Este conceito foi desenvolvido por J. Bleger (1988), uma concepção original que reconhece um continente psíquico fundado sobre a parte mais arcaica do Eu. Será o lugar onde se depositam esses elementos mais primitivos, configurando-se como a organização menos diferenciada da personalidade. É uma presença “muda”, permanente, sem a qual, o eu não pode se constituir nem se desenvolver. É semelhante à relação simbiótica entre mãe e bebê, reproduzida na relação analítica: “O enquadre está efetivamente em posição *meta* com relação ao conteúdo e, se o enquadre varia, o conteúdo varia consideravelmente.” (KAËS, 2005, p. 77)

O enquadre pressupõe as invariantes de um processo, como os horários, o local, os honorários, mas não é apenas o conjunto dos elementos espaciais e temporais, que cumpre determinadas funções, principalmente sendo o depositário da parte não diferenciada da personalidade, condição para o processo.

Kaës (2005) introduz outras funções do enquadre e condições necessárias para o dispositivo de grupo: a *continente*, de *limitação*, de *simbolização* e a *transicional*.

A função continente baseia-se na concepção de Bleger, sobre o papel de continência das angústias primitivas, dos afetos, das representações do próprio corpo e da parte psicótica da personalidade. Permite o restabelecimento do processo psíquico graças ao trabalho de transformação dos conteúdos destrutivos, mediante um continente humano capaz de fazer esta metabolização. “A função essencial do enquadre seria alcançar a estabilidade para que haja processo, mobilidade e criatividade.” (KAËS, 2005, p. 78).

A função de *limitação* garante a distinção entre eu e o não-eu, permitindo assim a constituição de uma interioridade e de uma exterioridade corporal. Essa função garante os limites do sujeito, de seu espaço psíquico.

A função de *simbolização* está relacionada com o requisito teórico e metodológico psicanalítico da *exigência em dizer*, transformando o ato em palavras.

Kaës (2005) relaciona esta função com a categoria do negativo e a tudo que deriva dela: a oposição, a discriminação e a diferenciação. Essa função constitui a condição de pensamento.

A quarta e última função do enquadre, a *transicional*, é a que delimita a fronteira entre o eu e o não-eu. Assim como a área transicional, definida por Winnicott o enquadre não é nem subjetivamente concebido, nem objetivamente percebido. Encontrado e criado, ele se localiza em uma zona de *passagem*, de *trânsito*, possibilitando a comunicação de áreas separadas. Aqui encontramos a referência a Análise Transicional, desenvolvida por Kaës (1979).

A Análise Transicional e a transicionalidade é uma *instância de comunicação*, é aquilo que pertence a dois campos diferenciados pelos elementos que possuem em comum. Portanto, é uma instância de *articulação da diferença*, uma instância de conflito e um lugar de simbolização. Kaës (1979) considera que a crise aparece em função de uma falha do campo transicional, das articulações.

Procuramos demonstrar, com a apresentação dos postulados teóricos e metodológicos, a especificidade da investigação dos fenômenos que compõem o dispositivo de grupo. Da mesma forma, para a investigação dos pressupostos teóricos sobre o Sujeito do grupo e a dimensão das alianças inconscientes que o sustenta são necessários os procedimentos de registro e análise específicos, que contemplamos neste trabalho.

### **4.3. Procedimentos**

#### **4.3.1. Local da pesquisa e histórico da instituição**

A pesquisa de campo foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad), em um município de São Paulo.

O CAPS ad foi criado em 2002. A instituição funcionava desde 1996, como ambulatório especializado para o tratamento do uso, abuso e dependência de drogas.

Após a regulamentação dos CAPS ad, no território nacional, pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, o ambulatório foi transformado em CAPS ad, com a mesma equipe multiprofissional (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeuta ocupacional e equipe de apoio).

Seu objetivo é o tratamento e a reinserção social do dependente químico (drogas lícitas e ilícitas), atendendo sujeitos a partir dos 13 anos de idade, priorizando os casos de alta e média gravidade.

Possui três planos de tratamento de acordo com a gravidade do caso – plano intensivo (tratamento diário por seis horas), plano semi-intensivo (com frequência de duas a três vezes na semana) e plano não-intensivo (com frequência de uma vez por semana ou quinzenal).

Oferece como modalidades de tratamento: grupos psicoterapêuticos para dependentes (separados por tipo de droga utilizada – lícita ou ilícita; por idade – adolescentes e adultos; e por gênero); grupos de orientação familiar; psicoterapia individual; atendimento psiquiátrico; e oficinas terapêuticas. Além disso, realiza atividades de integração com a comunidade, pacientes e familiares, como festas em datas comemorativas; exposição de objetos artesanais confeccionados nas oficinas terapêuticas; reuniões de confraternização; e assembleias.

A equipe realiza reuniões para a discussão dos casos e planejamento das atividades, uma vez por semana, com a presença da equipe técnica e coordenação.

O grupo utilizado para esta pesquisa tem finalidades psicoterapêuticas, destinado às mulheres dependentes de substâncias psicoativas lícitas (álcool e medicamentos) e ilícitas (cocaína e crack). É o único grupo específico para mulheres na instituição, realizado desde 2002. No registro, para a identificação das sessões, foram utilizadas as numerações de 01 (um) a 16 (dezesesseis), caracterizando o início e o término da pesquisa.

Os grupos psicoterapêuticos são abertos e as mulheres são encaminhadas após uma triagem inicial, realizada pela equipe da unidade. A triagem objetiva analisar a demanda para o tratamento e planejar o Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>29</sup>.

Após o planejamento e discussão com a paciente e seus familiares, são realizados os encaminhamentos para:

- a) Atendimento Psiquiátrico;

---

<sup>29</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) preconiza um reconhecimento do usuário em sua singularidade, suas características e demandas, exigindo a busca de novas estratégias de vínculo e tratamento, de acordo com a Política Nacional de Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Diante desse fato, faz-se necessário um reconhecimento do usuário em sua singularidade, suas características e demandas, exigindo a busca de novas estratégias de vínculo e tratamento.

- b) Atendimento Psicoterapêutico individual e/ou grupo;
- c) Oficinas Terapêuticas;
- d) Grupos de Orientação Familiar (apenas para os familiares).

Todos os atendimentos acontecem com frequência semanal, com exceção dos atendimentos psiquiátricos que são avaliados pelo profissional em cada caso e para os pacientes do plano intensivo, que são avaliados diariamente.

O tratamento no CAPS ad é voluntário e a procura se dá por demanda espontânea ou encaminhamentos da rede de saúde do município, Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude.

Os grupos psicoterapêuticos, as oficinas terapêuticas e a orientação familiar são coordenadas por dois profissionais de forma interdisciplinar.

#### **4.3.2. O grupo**

A separação dos grupos de tratamento por gênero ocorreu em função de uma dificuldade para adesão das mulheres em um grupo misto (homens e mulheres), conforme já discutido no início deste trabalho.

O grupo psicoterapêutico desta pesquisa foi coordenado pela pesquisadora e por uma enfermeira da instituição. A enfermeira atuava como co-terapeuta e auxiliou no registro das sessões.

A frequência do grupo foi semanal com a duração de uma hora, de acordo com os procedimentos estabelecidos pela instituição, totalizando 16 sessões. O grupo é aberto, sendo considerada desistência do processo terapêutico, três faltas consecutivas sem aviso prévio<sup>30</sup>.

Inicialmente, os objetivos da pesquisa foram apresentados em uma sessão de grupo e as mulheres foram convidadas a participar. Posteriormente, foram entrevistadas individualmente para esclarecimentos necessários e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A).

Algumas mulheres desistiram no decorrer do processo e a equipe realizou um contato para investigar os motivos da desistência e um possível interesse no retorno ao

---

<sup>30</sup> Esse procedimento é adotado pela instituição, procurou-se seguir as mesmas normas.

tratamento. Este procedimento é padrão da instituição, é a *busca ativa*, realizado pelo Técnico de Referência<sup>31</sup>.

**4.3.3. Sujeitos:** 16 (dezesesseis) mulheres usuárias de drogas lícitas e ilícitas, em tratamento no CAPS ad.

Critérios de Inclusão para a participação na pesquisa:

- Realizar tratamento no CAPS ad, independente do tempo que já está em tratamento;
- Apresentar interesse e concordar com a participação na pesquisa;
- Usuárias com idade acima dos 21 anos;
- Apresentar quadro de dependência química de substâncias psicoativas lícitas (álcool ou medicamentos) ou ilícitas (maconha, cocaína ou crack) com ou sem comorbidades psiquiátricas associadas, considerando os critérios de diagnóstico do CID-10 para a dependência química;

Critérios de Exclusão para a participação na pesquisa:

- Não estar vinculada ao tratamento no CAPS ad;
- Usuárias com idade inferior aos 21 anos;
- Não apresentar interesse ou não concordar com a participação na pesquisa;

#### **4.3.4. Tratamento dos Dados**

O registro de dados foi realizado após o término de cada sessão e foram transcritas pela pesquisadora com o auxílio da enfermeira, co-terapeuta.

Inicialmente, pensamos na gravação das sessões, porém os sujeitos não concordaram com tal procedimento. Os argumentos contrários à gravação das sessões são analisados no próximo capítulo.

---

<sup>31</sup> O Técnico de Referência é um profissional da equipe que tem com função acompanhar o paciente, tanto em relação ao seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), como em relação a desistências e abandonos.

Os dados sobre a história das pacientes do grupo foram obtidos pelos relatos em sessões, pelo registro em prontuários e através de discussões com a equipe sobre os casos atendidos.

#### 4.4. Análise dos dados

A complexidade e a heterogeneidade do campo grupal devem ser consideradas na análise do processo associativo e as suas determinações, conforme os princípios metodológicos discutidos no início deste capítulo.

Nessa perspectiva, a análise deste trabalho é feita em três níveis diferenciados e articulados. O primeiro nível concebe o *sujeito do grupo*, enquanto herdeiro, servidor, beneficiário e transmissor de determinados conteúdos a um conjunto intersubjetivo.

O segundo nível pressupõe um trabalho psíquico *ao nível do grupo*, gerador de formações e processos psíquicos específicos, são as alianças inconscientes, os pactos denegativos, os contratos narcisistas, a comunidade de renúncia e a de denegação. O terceiro nível está articulado com os dois primeiros, são as formações e funções intermediárias, pelas quais se efetua a *passagem* de um nível ao outro, são as figuras de porta-voz, porta-sintoma, porta-sonho e porta-ideal (KAËS, 2005).

No registro e na análise dos enunciados do campo grupal é importante considerar algumas restrições e especificidades, quais sejam: a *linearidade dos enunciados*, a *sincronia de certas enunciações* e os *efeitos de resignificação* (KAËS, 2005).

A *linearidade dos enunciados* diz respeito ao reconhecimento das sequências associativas a partir da enunciação, de sua organização sintática, seu ciclo e sua relação de ordem, sua recorrência e os elementos que constituem o indício do ponto nodal.

A *sincronia de certas enunciações* possibilita a via de acesso aos organizadores estruturais das associações. É necessário registrar as simultaneidades das associações e sua composição na interdiscursividade, suas transformações e as insistências procedentes de vários sujeitos. Os *efeitos de resignificação* implicam as significações comprometidas no processo associativo, segundo uma temporalidade que corresponde aos movimentos relacionados à repressão.

Portanto, foram considerados para os elementos de análise:

- a) A interdiscursividade, considerando a linearidade dos enunciados, a sincronia das enunciações e os efeitos de ressignificação;
- b) A configuração transferencial e contratransferencial no processo grupal, considerando as transferências múltiplas específicas deste campo;
- c) A intersubjetividade e a realidade psíquica do/no grupo, determinando seus múltiplos processos de identificações, relações transferenciais e alianças inconscientes;

Na configuração do processo e delimitação do campo de investigação, foi utilizada a Análise Transicional, desenvolvido por Kaës (1979, 2005a).

Além disso, as sessões foram supervisionadas, com uma frequência quinzenal, a partir de uma leitura e compreensão nos postulados teóricos e técnicos desta pesquisa.

#### **4.5. Questões éticas da pesquisa**

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado e, posteriormente, aprovado para realização pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do município e pela unidade de atendimento e tratamento para dependência química, onde foram localizados os sujeitos da pesquisa.

Posteriormente, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP), através do processo nº 2009.022.

Após autorização da equipe da unidade, foram realizadas as sessões e as entrevistas com as pacientes. Após concordância e consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Caso, durante a realização da pesquisa de campo, fosse identificada a necessidade de algum tipo de encaminhamento para atendimentos específicos, a pesquisadora se responsabilizaria pelas devidas orientações e encaminhamentos.

## 5. RESULTADOS OBTIDOS E ANÁLISE DOS DADOS

Ao grupo foi relatado que o objetivo da pesquisa é “conhecer” os aspectos emocionais que poderiam estar relacionados à dependência química. Em um primeiro momento, foi solicitada a gravação das sessões, como forma de registro dos conteúdos. Algumas mulheres questionaram o procedimento, dizendo: “Gravar? Mas como terei a liberdade de falar sobre essas coisas [conteúdos relacionados à sua sexualidade] aqui? [risos]”, “Acho melhor não ser gravado, porque nós vamos qualquer dia desses aparecer no ‘Faustão’, o que a minha família vai dizer? [risos]”. Os comentários sobre a pesquisa foram: “Esse trabalho poderá mostrar às pessoas que nós sofremos e que não estamos bebendo por sem-vergonhice”, “Quando procuramos ajuda em um hospital, somos maltratadas pelas enfermeiras e pelos médicos, eles consideram que bebemos por frescura”.

A pesquisadora orientou sobre o sigilo, omitindo informações que poderiam identificar as componentes, bem como, sobre a divulgação das informações não ser em veículos de comunicação como televisão, rádio, etc. Porém, considerando o pedido, as sessões não foram gravadas e o registro foi realizado após cada sessão pela pesquisadora, juntamente com a enfermeira.

Alguns aspectos relevantes devem ser discutidos e analisados na apresentação da proposta da pesquisa. Inicialmente, as mulheres discutem sobre a divulgação de conteúdos relacionados à sua vida, à sua dependência e uma preocupação com a avaliação da família.

O receio quanto ao registro gravado das sessões aparece relacionado aos conteúdos sobre a intimidade e vida sexual dessas mulheres. Ao mesmo tempo – de forma ambivalente – elas solicitam a revelação de seu sofrimento – “para que as pessoas saibam” – mas, também procuram no grupo um espaço privativo, reservado para a revelação de conteúdos desta intimidade. Supõe-se que, o pedido para a não gravação das sessões, revelava a necessidade de criação de um espaço terapêutico *íntimo* e *secreto*, condição necessária para que as mulheres do grupo pudessem se expressar e se aproximar “dessas coisas” que não é possível falar em outro espaço.

Supõe-se, como uma hipótese inicial, que o gravador assume um lugar persecutório, no sentido de rompimento de um *segredo*: a vida íntima dessas mulheres.

O gravador, como elemento intermediário, é aquele que revela e esconde, ao mesmo tempo, um contrato de silêncio sobre esses conteúdos.

Demonstram também uma reação diferenciada em relação à divulgação do trabalho – algumas demonstraram certo entusiasmo com a exposição midiática e a necessidade do “espetáculo”; outras se revelaram reticentes e receosas com esta exposição, vinculando ao julgamento moral da família. Chama-nos a atenção, a preocupação com as percepções familiares, novamente a necessidade de um “segredo”, do qual os familiares são excluídos.

Quanto ao constrangimento em procurar tratamento, elas demonstram os aspectos relacionados à vivência de exclusão e discriminação, já apontadas pela literatura científica. Considera-se como um dos motivos para a dificuldade em procurar tratamento, mas elas identificam no presente trabalho uma forma de divulgação de seu sofrimento, reivindicando uma *escuta e percepção diferenciadas* de seu problema. É como se essas mulheres procurassem alguém que *falasse por elas*, um interlocutor.

A seguir, apresentamos um breve histórico dos sujeitos e as sessões analisadas.

### **5.1. Breve Histórico dos Participantes do Grupo**

Os nomes são fictícios e alguns dados foram omitidos, respeitando o sigilo ético.

**Rosa:** Solteira, 38 anos, chega ao centro por denúncia ao Conselho Tutelar feita no seu trabalho e pela sua filha mais nova. Inicialmente, sem voluntariedade (foi pressionada ao tratamento pela chefia), dizendo que não sabia o que estava fazendo ali, pois não era alcoolista. Tem uso abusivo de álcool (cerveja) aos finais-de-semana, chegando a permanecer fora de casa. Apresenta esse quadro há dois anos, sendo que antes o uso era controlado. Tem duas filhas e trabalha em uma escola como merendeira. Está no tratamento há aproximadamente cinco meses. Abandonou o tratamento.

**Madalena:** 56 anos, viúva por duas vezes, história de uso diário de álcool (destilados) há dois anos. Usa a bebida alcoólica desde a adolescência, mas seu quadro piorou, após o falecimento de um companheiro – segundo marido, por acidente de trânsito – e o falecimento de seu filho (câncer). A piora também “coincide” com mudanças de função em seu trabalho – função que não lhe agrada e que vive intenso sentimento de impotência. Relata uma intensa dificuldade que lhe acompanha desde a

infância – o sofrimento diante da morte. Procura tratamento voluntariamente. Está no tratamento há quatro meses. Teve alta do tratamento.

**Ivone:** 42 anos, separada, é encaminhada pelo Conselho Tutelar, pois está sem a guarda provisória de seu filho adotivo (em função de denúncia de abandono da criança). Começou a abusar da bebida alcoólica (destilados) após a separação de seu primeiro marido, mas percebe agora uma maior gravidade. Trabalha como ajudante em uma oficina para aparelhos eletrônicos. Iniciou o tratamento há duas semanas.

**Valéria:** 48 anos, está no tratamento há dois anos. Chega por encaminhamento e indicação de sua irmã. Utiliza bebidas alcoólicas (destilados) diariamente em bares, se envolvendo em brigas e agressões físicas. É separada, tem três filhos e um neto. Está abstinente há um ano e solicita permanecer no tratamento, apesar da abstinência, porque seu filho mais novo iniciou uso de drogas ilícitas e envolvimento com o tráfico. Esse fato a abala e solicita ajuda. Está aposentada por invalidez, em função de uma perda da visão (olho esquerdo). Começou o uso abusivo de álcool, após descobrir traição conjugal de seu ex-marido com uma amiga. Tinha aproximadamente 24 anos. Desistência por abandono.

**Vanusa:** 42 anos, casada e dona de casa, uso diário de bebida alcoólica (destilados). Iniciou o tratamento há duas semanas, voluntariamente. Tem um filho de oito anos, relata dificuldade de relacionamento com o marido e a dificuldade para a educação e estabelecimento de limites com o filho. Desistência por abandono.

**Rute:** 58 anos, separada, tem quatro filhos vivos. É do interior do Nordeste. Mãe e ex-marido eram alcoolistas. Relata agressões físicas do marido, motivo de sua separação. Passou a trabalhar nas lavouras, para os fazendeiros da região. Procura o tratamento espontaneamente. Está morando no município há dois anos, para o tratamento dos seus problemas de saúde (reumatismo) – relata que “em sua cidade não foi possível ser cuidada”.

**Ana:** 30 anos. É encaminhada pelo Conselho Tutelar, e diz, inicialmente, que não sabe o que está fazendo ali, pois não tem problemas com o álcool. Está frequentando o tratamento, porque precisa da guarda dos seus filhos, que foi retirada após de uma denúncia de abandono durante a noite. Ex-marido também alcoolista, com episódios de agressividade.

**Marlene:** 38 anos, é dependente de tranquilizantes e medicamentos a base de morfina. Iniciou o uso dos medicamentos, através de prescrição médica, em função de constantes crises e fortes dores na coluna vertebral por escoliose. Já passou por quatro cirurgias e é considerado um quadro irreversível. Estava separada de seu marido, que faleceu por câncer. Tem uma filha adolescente, nunca trabalhou e fica incomodada com esse fato. Iniciou o tratamento pelo núcleo intensivo.

**Antônia:** 40 anos, dependente do álcool e substâncias ilícitas (cocaína e crack) desde a adolescência. Tem dois filhos adolescentes que não moram com ela, estão com os avôs paternos. É aposentada por invalidez, após acidente (atropelamento de caminhão de lixo), em que perdeu uma de suas pernas. Sofreu traumatismo craniano, e precisa utilizar medicações para controlar suas crises convulsivas. O uso do álcool aumentou após esse acidente. Iniciou o tratamento pelo núcleo intensivo. Foi desligada do tratamento, após quatro faltas sem justificativas, consideradas abandono do mesmo. Solicitou retorno, posteriormente.

**Clarice:** 38 anos. Está no tratamento há dois anos e abstinente há um ano. Iniciou o tratamento com muita resistência, dizendo que não queria estar ali. É mecânica de auto, tem dois filhos adolescentes, é separada e relata episódios de agressão do ex-marido. Começou a utilizar bebidas alcoólicas, após separação conjugal. Seu pai também era alcoolista e já falecido. Desistiu do tratamento, quando estava no processo de pré-alta.

**Magali:** 29 anos. Usuária de álcool. Iniciou o tratamento no decorrer da pesquisa. Muito resistente, dizia que estava ali por insistência dos seus irmãos. Única filha mulher, com mais três irmãos. Começou usar diariamente bebidas alcoólicas, após o falecimento de sua mãe. É atendida em psicoterapia individual pela equipe, onde consegue falar mais de suas dificuldades, principalmente afetivas. É homossexual e não tem vida social, passa praticamente a maior parte de seu dia em casa, sozinha. Solicitou sua saída do grupo e continua apenas a psicoterapia individual.

**Mariana:** 35 anos, usuário de álcool, inicia o tratamento pelo núcleo intensivo. Voluntária no tratamento e é acompanhada pelo seu marido. Tem três filhos, mora no município desde a adolescência, antes disso, morava em uma cidade no interior do Paraná. Tem constantes desmaios sem explicações orgânicas. O uso abusivo teve início a partir das constantes ameaças de morte do seu ex-marido, recebia constantes ligações

em sua casa e suspeitava que este estivesse a vigiando. Iniciou o tratamento e no grupo ao final da pesquisa.

**Milena:** 29 anos. Uso de cocaína, inicialmente, depois dependência de anfetaminas. Iniciou o uso para emagrecimento, tem constantes queixas a respeito de seu corpo e seu peso. Trabalha como recepcionista em hotel do município. Compareceu em algumas sessões e passou a justificar sua ausência por excesso de trabalho.

**Margarete:** 40 anos. Uso de álcool, atualmente. Já foi usuária de cocaína e maconha. Separada há quatro meses, quando intensificou o uso. Procura o tratamento voluntariamente. Reside com a mãe.

**Norma:** 35 anos. Uso de álcool, cocaína e crack. Iniciou o tratamento através do núcleo intensivo. Ex-marido também usuário de álcool e outras drogas. Sofre agressão familiar, quando está sob efeito de alguma substância psicoativa. Nas situações de uso, permanece fora de casa por vários dias. Perdeu a guarda dos filhos. Abandonou o tratamento.

**Gisele:** 29 anos. Uso de álcool. Iniciou o tratamento no último dia da pesquisa. Após separação do marido, aumentou o consumo diário. Reside com o pai idoso e que tem problemas psiquiátricos. Iniciou o tratamento no núcleo intensivo, após o término da pesquisa.

## 5.2. Análise das sessões

### 1ª. Sessão

Presentes: Ana, Rosa, Rute, Madalena, Valéria, Vanusa.

Ana: Fala do medo de perder sua sobrinha por doenças no hospital. Relata a perda de um sobrinho por assassinato, foi confundido com outra pessoa. “Como pode a pessoa que deveria ter sido morta, está solta por aí?”

Rosa: (Sorri) Então...

Ana: Posso sentar ao seu lado? (Para a pesquisadora, senta em uma cadeira vaga).

Rosa: Então, eu queria saber se eu tenho algum problema. Porque eu tenho ciúme doentio do meu namorado. Está tudo bem, mas eu imagino coisas, fantasio, olho para as mulheres bonitas e acho que ele está olhando para elas. Eu queria, assim, uma ajuda psicológica.

Pesquisadora: Talvez estejam falando da necessidade de controle para evitar perdas. O controle da morte/vida, controle do pensamento e das ações do outro.

Ana: Fala do sofrimento das crianças abrigadas. Relata que se elas tem um pouco de carinho, refrigerante e atenção, elas ficam apegadas. Fala do medo

de que seus filhos vão ser “avião”<sup>32</sup> por estarem abrigados. Fala do abandono dos pais dessas crianças.

Nesse início de sessão, os temas abordados por Ana são a doença e a morte, a violência e o assassinato. Rosa fala sobre o desejo e a atração sexual, assim como, o medo da traição e da perda diante da contingência de objeto. A interpretação oferecida procura uma possível ligação entre os temas, que teriam como eixo comum a *vulnerabilidade e o desamparo*. A vulnerabilidade diante da morte por doença, por assassinato e as tentativas para negar essa condição de desamparo absoluto – ser abrigada. Ana solicita ficar ao lado da pesquisadora, talvez como uma busca por proteção – deseja ser “abrigada” – atribuindo à pesquisadora a função de uma figura materna.

Ana é a *porta-voz* do grupo, em relação ao desamparo e à violência (presente na história dessas mulheres, conforme a exposição no breve histórico). Por sua vez, o medo da perda aparece na fala de Rosa, em relação ao namorado e a sua preocupação com o seu “ciúme doentio”.

Ana e Rosa configuram a cadeia associativa grupal, pois se referem ao medo da perda do objeto amado e do desamparo. Procuram encontrar alguém (“mãe”), ou um lugar (abrigo) ou alguma forma (ciúme “doentio”) como um enfrentamento da condição de desamparo. O “apego” das crianças abrigadas e o “apego” ao ciúme “doentio” são pontos entrelaçados e representam uma forma de lidar com a ausência, através de uma “colagem” ao objeto de satisfação.

Rosa enuncia: “eu imagino coisas, fantasio, olho para as mulheres bonitas” – se refere ao desejo sexual, mais precisamente, ao desejo homossexual.

Em seu relato, ela “olha para as mulheres, fantasia”. Esse conteúdo – a homossexualidade – permanece “submerso” em relação aos temas anteriores, nesse início de sessão.

Rosa: Eu não consigo acreditar nas coisas que ele me fala, ele me chama de gata...

(Risos)

Rute: Então, fala “miau” para ele.

(Risos)

Rute: Desculpe, mas eu gosto de brincar.

Enfermeira: Foi ótimo, Rute.

(Risos)

---

<sup>32</sup> *Avião* significa indivíduo que repassa drogas, pratica a venda de drogas, ou apenas transporta.

Pesquisadora: Vocês estão falando de apego a um afeto. Na carência, na ausência de afetos significativos e “bons”, se apegam a algo com medo de perder.

Ana: Inicia uma crítica aos pais que abandonam os filhos, bebês que são entregues para adoção.

Rute: Por que seus filhos estão lá? (com um tom inquisitório)

Ana: “Mas, eu não acabei de dizer?” (irritada) Fala que seus filhos estão lá porque seu ex-marido não lhe deu a pensão e condições de sustento. “Eu não tenho problema com alcoolismo”.

Rute: Olha minha filha... (conta sua história). Mãe de 12 filhos, marido bebia e vivia em jogo, apanhava dele, quebrava pratos em casa, tentou envenená-la e a seus filhos.

Pesquisadora: Por quê?

Rute: Ele ficava transtornado, achava que eu o traía. Eu fugi dele...

Rosa: O meu não quebrava prato, quebrava o meu nariz mesmo. (ri)

A fala de Rute expressa uma tentativa de descontração e divertimento no grupo – um espaço para “brincar”. Elas precisam desse espaço como elaboração das situações de violência, das quais eram vítimas.

Há uma irritação no diálogo entre Ana e Rute, principalmente diante da insistência de Ana sobre o tema do abandono dos filhos, sua fantasia articulada com as fantasias dos outros membros do grupo.

Os dois temas constituem-se como um “jogo de forças” – o abandono e a sexualidade – representados por Ana e Rosa. Supõe-se que este “jogo de forças” está relacionado com os mecanismos de repressão e denegação do tema sobre a sexualidade. Este tema é “deixado de lado”, sobrepõe-se o abandono, a violência e a traição.

Essas mulheres foram “abandonadas” quando eram vítimas de violência em suas relações conjugais. Os atos de violência dos companheiros eram justificados pelos (possíveis) comportamentos da mulher, como se ela fosse a responsável pela sua própria agressão.

Diante dessa situação, ficam entregues à própria sorte, não podem contar com ninguém, nem com a própria família. Na cena grupal, os papéis protagonizados se alternam entre vítima e agressor, entre quem abandona e quem é abandonado, entre quem trai e quem é traído, os dois papéis sendo intimamente interligados.

Rute: Eu peguei os quatro filhos que viveram e sai pelo sertão para sobreviver. Não podia me separar, porque a mulher separada não era bem vista. Não era como hoje, o pai da mulher que se separava pegava a filha pelos cabelos e batia mesmo. Meu pai não ia aceitar. Tive que me virar pelo sertão, trabalhei para sustentar meus filhos.

(Nesse momento, começa a passar mal e corre para o banheiro, a enfermeira vai ajudá-la).

Rosa: Ela já sofreu muito né, coitada. (Fala sobre a Rute quando ela sai da sala). Eu também já sofri muito, por isso que eu não acredito no que o meu

namorado fala, ele diz que eu sou linda (ri). Mas, eu tenho muito medo de me decepcionar. No começo, é tudo muito bom, mas depois vira um inferno.

O comportamento agressivo e os vínculos destrutivos são os mais conhecidos por essas mulheres, nas relações parentais e nos vínculos conjugais. Tão conhecidos e rotineiros que outra experiência, torna-se estranha e gera desconfiança. Uma experiência diferente é ilusória, é irreal – “no começo, é tudo muito bom, mas depois vira um inferno.”

Rute expressa a intolerância social que sofreu, quando se separou do marido, a escolha pela separação era sua única possibilidade de “sobrevivência” e de seus filhos. Experiência difícil e intolerável, tão intolerável que não é possível “engolir”, mas é possível *falar* sobre o sofrimento. Aqui, o sofrimento parece ser um elo de identificação: “eu também já sofri”.

Podemos observar, com esses relatos iniciais, que as mulheres utilizam-se do grupo não apenas para falar de sua dependência, mas para discutir seus problemas conjugais e sua história (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006). Ressaltamos, através dos relatos em relação ao casamento e à separação conjugal, a imposição social e o lugar restrito destinado a mulher (KEHL, 1996, 2008) – o casamento e o lar – mesmo que esse lugar seja de sofrimento e violência, uma “escolha” que implique sair desse lugar não é permitida.

Ana: Acho que é o álcool que acaba com tudo. Meu ex-marido era muito bom antes, começou a beber e passou a me bater, a brigar, brigar com as crianças. Se ele quiser voltar, eu não vou querer. Meus filhos torcem para que a gente volte, eles gostam do pai.

Rosa: Eu fui muito tonta com meu ex-marido, eu era muito boba. Ele me elogiava, mas depois só me batia.

Pesquisadora: O que vocês acham que acontece para a transformação de um relacionamento. As coisas vão bem e depois mudam, viram um “inferno”. O que acontece?

Rute entra na sala novamente.

Pesquisadora: Melhorou Rute?

Rute: Sim

Pesquisadora: O que você sentiu?

Faz um gesto relacionado à ansia. Rute conta que ela guardou a sua história por muito tempo em sua vida – “essa história fica engasgada” – e sofre porque está sozinha e nenhum dos seus filhos vem visitá-la.

Valéria: Sabe o que acho? Vocês sabem o que acontece? Alguém sabe qual é o problema? Eu já disse aqui e volto a dizer, eu não acredito em amor. O homem vem com papo furado para a mulher e ela acredita, mas é só para ele ficar com ela, depois dá um pé na bunda e ela fica chorando. Eu tinha muitos amigos de bar, sempre que eu precisava alguém me pagava uma bebida, mas agora onde estão esses amigos... Ninguém vem me ver, ninguém quer saber como eu estou. Quem quis me ajudar foi a minha irmã, que me obrigava a vir aqui no começo, eu vinha alcoolizada no grupo, eu bebia umas antes de vir.

Eu não gostava de você (para a pesquisadora), eu não ia com a sua cara. Mas agora eu estou aqui, eu sei que o álcool me fazia mal, não quero mais saber disso.

Ana: Eu não tinha com quem conversar então meu companheiro era o copo, a gente não tem com quem desabafar e vai desabafar no copo.

Valéria: Eu não gostava da bebida, eu gosto do jeito que ela me deixava. Eu bebia com limão, para não sentir o gosto.

Vanusa: Eu não, eu acho uma delícia o gosto. E eu sinto falta, eu não estou bebendo, mas é muito gostoso.

Madalena: Eu também, eu achava uma delícia. Eu ficava bebendo durante o dia todo, ia tomando aos pouquinhos.

Pesquisadora: E como estão fazendo hoje? Sentem falta desse prazer?

Madalena: Eu substitui com bala, mas não é a mesma coisa.

Vanusa: Eu tomo caldo de cana.

Enfermeira: Substituem por algo doce.

Pesquisadora: É interessante porque vocês estão falando do prazer com o outro e do prazer consigo mesmo, com o próprio corpo.

Vanusa: Vocês falam do vício, mas o vício é muito chato mesmo. O meu marido é dependente de cigarro e eu não aguento o cheiro dele, às vezes, ele quer fazer sexo comigo e eu não quero, porque eu não aguento o cheiro dele.

Elas tentam entender o que acontece no relacionamento, qual é a mudança que se processa, atribuem a mudança ao consumo de bebidas alcoólicas, que ocupa um lugar depositário das desilusões.

No entanto, o álcool passa de fiel depositário das desilusões para um lugar de apoio – “o copo” representa um amigo, um companheiro e procuram os efeitos da substância psicoativa ou o seu “sabor” que é “insubstituível” – “eu sinto falta”.

Valéria e Ana falam da desilusão em descobrir que estão sozinhas em momentos que mais necessitam de alguém. O “copo” ou a bebida alcoólica surge como um apoio, uma sustentação, uma defesa contra o abandono e desamparo. De maneira paradoxal, a bebida alcoólica aparece em alguns momentos como um lugar de prazer absoluto e imprescindível e, em outros, como a responsável pelo desprazer nas relações conjugais (atos de agressão do companheiro).

No discurso de Madalena e Vanusa encontramos uma referência ao prazer no uso da bebida alcoólica – “o gosto”. Um prazer que prescinde da existência do outro, um “prazer autoerótico”. Vanusa relata a ausência de desejo sexual pelo seu marido – “eu não aguento o cheiro dele”, não há prazer na relação conjugal, mas esse prazer é encontrado na relação com o objeto-droga. Neste caso, pode-se entender que o desejo sexual é amortecido pela droga (álcool).

A figura do companheiro está muito presente nessa sessão, seja pela sua ausência, pela desilusão, pelas novas experiências ou pela falta de desejo nas relações sexuais. A esta figura é dirigido o ódio, alguém que está “fora do grupo”.

Outro ponto a ser considerado no discurso das mulheres é a *categoria* “*não*”. Ana diz, no início da sessão: “eu *não* tenho problemas com alcoolismo”, mas no decorrer da sessão atribui ao álcool um lugar de apoio em sua vida. Valéria diz para a pesquisadora: “eu *não* gostava de você”. Supõe-se que essas duas negativas têm uma função de afastamento e denegação do desejo (FREUD, 1925; KAËS, 1989). Para Valéria implica uma negação da afirmação “eu gosto de você” e para Ana, o afastamento da identificação com o “ser alcoolista”.

Rosa: Acho que eu tenho que me controlar, né! Eu tenho muito medo que ele descubra essas coisas que eu penso e tenho medo de perdê-lo.

Valéria: O ciúme é uma doença, eu acho que o ciúme é uma doença. Eu não acredito que exista amor!

Rute: Você tem que confiar mais em você, minha filha! Eu falei para ela lá fora, tem que acreditar em você.

Rosa: Eu acho que eu tenho muito ciúmes, porque eu não confio em mim.  
Fim de sessão.

Nesse final de sessão, pode-se observar uma tentativa de apoio entre elas, um clima inicial de hostilidade foi sendo transformado em um espaço para compartilhar experiências dolorosas. A desconfiança em relação ao companheiro é substituída por uma busca de autoconhecimento. Não é mais o “outro” que trai, mas sou traída por mim mesma e devo desconfiar de meus próprios sentimentos e desejos.

Os temas são vividos a partir dos diferentes lugares necessários para a encenação das fantasias – quem é abandonado/quem abandona, o agredido/o agressor, trair/ser traído – que circulam entre os diversos elementos do grupo. Essas representações e lugares ocupados são elementos de ligação, enunciados pelo *porta-voz*, são formações intermediárias que expressam um pacto denegativo. O que foi expulso pelo pacto?

A função de *porta-voz* foi ocupada por Ana ao enunciar o tema do abandono e por Rosa com o tema da sexualidade, a homossexualidade, conteúdo denegado.

## 2ª. Sessão

Presentes: Rosa, Madalena, Ivone, Rute, Marlene, Ana, Clarice.

Havia novas componentes no grupo e elas se apresentaram. Esta sessão aconteceu depois de uma festa realizada e organizada pelo CAPS ad aos pacientes e familiares. Após a apresentação:

Rute: Estão faltando algumas aqui do nosso grupo. “A namorada” (até o momento da sessão Rosa não havia chegado).

Madalena: “A brava” (referindo-se a Valéria).

Rute: A namorada do grupo é a Rosa. Vocês precisam conhecê-la.

Antônia: Eu também sou namorada, eu adoro namorar. Inclusive eu estou namorando uma pessoa que eu conheci aqui [CAPS ad] e nós estamos juntos até hoje.

Pesquisadora: É mesmo, Antônia?

Antônia: É claro, né, K. Porque aqui no CAPS não pode namorar, a gente namora lá fora. E nós estamos muito bem.

No grupo, os vínculos são estabelecidos designando alguns papéis para as integrantes – “namorada” e “brava”. Supõe-se, inicialmente, que os papéis de “namorada” e “brava” representariam a ligação e a ruptura dos vínculos, ou, o amor e ódio.

Considera-se que Antônia apresenta a instância proibitiva e normatizadora exercida pela instituição de tratamento – “aqui no CAPS *não* pode namorar”. As instituições, muitas vezes, exercem um poder e um controle do comportamento do usuário, determinando e tutelando suas escolhas. É importante uma reflexão sobre esse aspecto no que se refere ao papel da instituição e do tratamento para o sujeito. Quando a instituição cumpre uma função de controle do comportamento, talvez não esteja favorecendo a descoberta de potencialidades, mas, ao contrário, criando um ambiente artificial e institucionalizado, onde o sujeito não poderá se reconhecer.

Portanto, a hipótese a ser considerada sobre o papel da instituição seria uma denegação das manifestações da sexualidade deste grupo (e dos usuários da instituição). A instituição cumpriria a função de manutenção de um “pacto denegativo” sobre a sexualidade de seus usuários e que é denunciado por Antônia.

Ivone: Eu também já fui muito namorada. Ainda vão alguns lá em casa me procurar, e eu mando dizer que eu não estou, ou então eles ficam com declarações e eu respondo: “então tá”. Mas, antes eu namorava com dois, três, ao mesmo tempo.

(Risos)

Pesquisadora: E agora, Ivone, não quer mais?

Ivone: Não, por enquanto, só!

Rute: Ela está só dando um tempo!

Antônia: Namorar é muito bom

(risos)

Antônia: Não só pelo sexo, mas porque é bom estar com alguém.

(Começam conversas paralelas e elas comentam sobre a festa na unidade)

Madalena: A festa estava ótima. Olha nunca me diverti tanto, dancei muito forró.

(Conversas paralelas)

Enfermeira: Olha que legal, Antônia. Repete isso para a Dra. K. para ela ouvir o que você disse.

Antônia: Eu disse que eu nunca me diverti tanto e eu não sabia que eu podia me divertir sem beber. Antes, eu bebia e nem via a festa. Agora eu estava podendo ver a festa, estava podendo ver ele (namorado). Antes eu nem via, estava com qualquer um, não importava, eu não via nada mesmo.

Madalena: Eu também, não via nada e é muito bom saber que você pode se divertir sem o álcool.

A partir desse tema – “namorar”, há um processo de identificação em algumas componentes do grupo, “ser namorada” aparece como um elemento comum entre elas e uma possibilidade de prazer na relação com o outro. A relação sexual intimamente relacionada com o namoro aparece no discurso de forma subliminar, algo se revela e se esconde – “*não* só pelo sexo, mas porque é bom estar com alguém”. O tema sexualidade aparece vinculado à categoria do “*não*” no discurso e nas relações institucionais – “*aqui não* pode namorar”.

Salientamos as conversas paralelas, após a fala de Antônia e os conteúdos apresentados relacionados ao festejar e dançar – relatam uma experiência de prazer sem a bebida alcoólica.

Experiências de prazer ao dançar, ao ter relações sexuais, ao incluir um *outro*, diferente de uma experiência (autoerótica) na relação com o objeto-droga.

(Rosa chega)

Rute: Chegou a namorada!

(Rosa entra afobada e não ouve o comentário de Rute)

Pesquisadora: Estão dizendo que você agora é a namorada do grupo.

Rosa: Eu casei.

(Risos)

Rosa: É sério, eu casei mesmo. Está muito bom! Mas eu não aguento o meu ciúme, eu acho que eu sou muito insegura.

Marlene: Eu também sou assim. Eu acho que ninguém vai gostar de mim.

Rosa: Eu também!

Antônia: Ah, não! Gente, não pode ser assim, não! Eu não sou assim, vocês tem que se valorizar! Imagina, eu me adoro!

Rosa: Vocês acreditam que eu tenho ciúmes da mulher da novela. Quando ela levanta mostra a b., quando senta mostra os peitos. E eu acho aquela Juliana Paes muito bonita, e eu olho para ela e me acho muito feia. Quando elas passam na TV, eu fecho os olhos dele para ele não ver e eu digo: “isso você não pode ver”.

Pesquisadora: É curioso, porque o ciúme é de algo muito distante, a possibilidade de acontecer alguma coisa entre ele e a Juliana Paes é mínima. Ela lá no Rio de Janeiro...

Rosa: E ele trabalha no Rio de Janeiro.

(risos)

Marlene: Eu não era assim, fiquei assim depois que o meu marido me traiu. Agora eu não acredito em mais ninguém.

Antônia: Credo, gente. Ai, você é assim, Marlene! Não, não pode, não está certo.

Além da descoberta de outros prazeres, inicia-se uma manifestação dos desprazeres consigo mesmo, na insegurança e incerteza nas relações conjugais, na competitividade com outras mulheres mais bonitas e sedutoras. “Ser namorada”

poderia estar relacionado com um Ideal, representando *ser* uma mulher desejada e *ter* muitos namorados – “eu namorava dois, três ao mesmo tempo”.

Antônia: Começa a falar sobre a importância do CAPS nesse processo. “Não saio mais daqui”. Antes, não se sentia bem, não se gostava, queria morrer. O CAPS foi uma grande ajuda para ela. Fala do apoio que sentia dos seus padrões e incentivo para tratamento e ela não queria saber. Conta que bebia o uísque de seu patrão e colocava água dentro da garrafa para ele não perceber e um dia ele disse: “Antônia, quando você quiser água no seu uísque, ponha só no seu, porque eu gosto do meu sem água”

(risos)

Enfermeira: Ele foi até legal com você.

Antônia: Eles eram muito legais, ofereciam sempre apoio para eu me tratar do alcoolismo.

Rosa: Eu não tive a mesma sorte, quando a minha patroa descobriu ela me mandou embora. Também eu bebia todo o estoque de vinho que ela tinha na adega. Sentava à tarde na adega e ficava lá bebendo. Eram vinhos caros, eu bebia e devolvia a garrafa vazia para a estante para ela não perceber. Não adiantou, quando ela descobriu me mandou para o “olho da rua”. (Conta rindo). Também o que eu queria, eu estava errada, mas achava na época que não, que a errada era ela.

Antônia: Eu sempre tive ajuda. Mas, eles me chamavam a atenção, sim.

Vanusa: Ai, que vergonha!

Pesquisadora: Por que Vanusa?

Vanusa: Vergonha ser chamada a atenção assim, a gente acha que ninguém está percebendo a gente, mas estão olhando sim.

Nesse momento da sessão, falam sobre o lugar da instituição de tratamento, discutem as possibilidades e ausência de ajuda. No entanto, para Antônia, o CAPS aparece como uma nova dependência em sua vida – “não saio mais daqui”. Considera-se que Antônia apresenta uma das formas de enfrentamento da experiência de ruptura, através da criação de novas garantias como, por exemplo, formas regressivas de proteção e imortalidade, negando qualquer possibilidade futura de perda ou separação (KAËS, 1979). O apego e hiperinvestimento no objeto cumprem uma função de negação da separação, sendo uma forma de sobrevivência psíquica (WINNICOTT, 1975).

Um tema recorrente na sessão é o elemento – ver – que aparece no discurso das mulheres de forma antagônica – ver e não-ver. “Não ver nada”, em função do consumo do álcool; “não ver”, as mulheres mostrando o seu corpo na TV. O que não pode ser visto? A sua própria sexualidade, o seu próprio corpo? Ou o corpo de outra mulher? “Ver” estaria relacionado com a sedução e “*não ver*” seria a negação deste desejo, a evitação do contato visual como forma de anulação e repressão. Esse elemento também pode ser associado com o processo identificatório e a com a imagem de seu próprio

corpo. Considera-se que o elemento “não ver” é constitutivo na formação dos sintomas da histeria e na fixação pelo objeto no fetichismo (FREUD, 1895, 1927).

“Ver e ser visto” também está relacionado com a principal característica do dispositivo de grupo – a disposição face a face (KRISTEVA, 1989; KAËS, 2005). Essa característica define uma complementaridade entre o visual (os elementos pictográficos e icônicos) e a articulação da palavra, sendo que o visual sustenta algumas funções, entre elas a captação imaginária. Assim, os processos de grupo são trabalhados pela combinação dos elementos verbais e gestuais (KAËS, 2005). Da mesma forma, fundamenta-se que determinados afetos permanecem inacessíveis aos signos linguísticos, permitindo uma reconstituição da experiência imaginária. A solicitação do olhar, da voz, da gestualidade mobiliza uma “semiotização” do afeto que, sem essa condição, permanecem denegada e clivada da palavra (KRISTEVA, 1989).

Outro aspecto importante apresentado é a instância moral, através das discussões sobre o certo e o errado. Procura-se no grupo o que é o certo, o que “deve ser feito e o que deve ser visto” – “a gente acha que ninguém está olhando a gente, mas estão olhando sim”, expressa Vanusa. Aqui observamos, novamente, uma referência ao “olhar do outro”, como um controle e julgamento dos atos (proibidos?). Supõe-se uma necessidade de correspondência ao que o “outro” considera como ideal. Ideal que circula no grupo relacionado ao que é o “certo”.

(Ana chega ao final da sessão)

Enfermeira: Clarice, como você está?

Clarice: Bem, S.

Enfermeira: Você não tem vindo, né?

Clarice: É por causa do meu irmão, mas eu sinto falta de vir aqui. Apesar das minhas coleguinhas não estarem mais aqui, já foram todas embora.

Pesquisadora: Como que está o seu irmão?

Clarice: Mal, né. Já estamos esperando só a hora dele ir. Está bem complicado o caso dele.

Pesquisadora: E você como está?

Clarice: (Fala do estado da sua família e do seu irmão, mas não fala dela)

Enfermeira: Mas, e você? Eu quero saber de você?

Clarice: Eu estou bem! (piscando o olho ao falar)

Enfermeira: E essa piscadinha!

Clarice: É porque eu gosto de você, S.!

Enfermeira: Eu também gosto de você, mas eu estou preocupada com o seu estado.

Clarice: Eu não estou muito bem, eu tenho sentido vontade de beber para esquecer um pouco essa situação. Ainda, eu estou na casa da minha irmã e o meu cunhado bebe e eu vejo a bebida lá e me dá vontade de beber. Eu não quero mais dar esse desgosto para a minha família. Mas está difícil!

Enfermeira: Então, não fique na casa, entregue as chaves, você vai ficar correndo riscos. Vai jogar para o alto o seu tempo de abstinência e o quanto que você melhorou.

Clarice: Eu não quero, mas eu não consigo sair de lá.

Enfermeira: Nós havíamos combinado de você vir a cada quinze dias, para cuidar do seu irmão. Mas, acho que seria importante vir semanalmente, agora. Assim, você terá um espaço para trocar conosco o que você está passando, compartilhar isso com o grupo. Além do que você poderá sair um pouco daquele ambiente.

Clarice: Eu sei, mas eu não posso garantir que eu venho.

Enfermeira: Pense com cuidado, Clarice.

Clarice demonstra a necessidade de uso para sair de uma realidade insuportável – o enfrentamento da doença de seu irmão. Nessa situação, a equipe da instituição procura uma normatização e controle, através da presença e frequência de Clarice. Considera-se, com este ato, que a instituição nega a mortalidade e limite de suas ações.

### 3ª sessão

Presentes: Ivone, Rute, Vanusa, Ana, Marlene

(Silêncio)

Marlene: Estão todas com sono.

Ivone: Fala que acordou cedo para enfrentar a fila do ginecologista. Não faz papanicolau há 17 anos, desde que teve o seu último filho.

Pesquisadora: Por quê?

Ivone: Eu tenho medo e vergonha. Quando é um homem nem pensar, quando é mulher tudo bem. A última vez que eu fiz doeu muito, quando eles colocaram aquele aparelho gelado. Eles falavam para relaxar, mas como eu poderia relaxar. Eu nunca vou ao médico, eu tenho medo de ter alguma coisa, de descobrir alguma doença.

Pesquisadora: Você disse que fez o exame quando teve seu último filho, há 17 anos. Você tem um filho de 17 anos?

Ivone: Tenho (ri).

Enfermeira: Quantos anos você tem, Ivone?

Ivone: 42.

O grupo faz o comentário da idade de Ivone.

Após um silêncio, que foi relacionado por Marlene ao sono. Ivone enuncia um tema – medo e vergonha do ginecologista. Os conteúdos relacionados ao medo e a vergonha não foram explorados nessa sessão. Observamos que o “significante vergonha” retorna, dessa vez, dirigida a figura do médico – homem. A figura masculina é identificada, inicialmente, como perigosa e amedrontadora. O medo de uma doença pode ser atribuído ao corpo ou à sua própria sexualidade?

Outro ponto a ser considerado é a referência ao sono por Marlene. O abuso de medicamentos e “dormir” são os principais comportamentos dessa paciente. O “sono” aparece como o principal mecanismo de enfrentamento de suas dificuldades com a filha, com seus pais e na ausência de um relacionamento conjugal<sup>33</sup>. Nesta sessão, enunciado

---

<sup>33</sup> Informações obtidas em anotações de prontuário e em conversas com a equipe técnica.

por Marlene, o sono para ser uma tentativa de lidar com algo perigoso, amedrontador pelo relato de Ivone.

Pesquisadora: Mas, você tem um filho menor, não tem?

Ivone: Tenho, mas esse é adotado, que está sendo cuidado pela minha irmã, porque o Conselho Tutelar retirou de mim. Eu tive quatro filhos, e comecei tendo filhos muito nova. Eu era mãe solteira e tinha vergonha disso. Mas aí, veio outro filho e mais outro e mais outro. Com esse mais novo foi diferente, a mãe dele não estava nem aí. Ela morava na ocupação que eu também estava, e só ouvia essa criança chorar. Me falaram que só ouviam o choro dessa criança e perguntavam: “onde está a mãe dessa criança que não ouve chorar?”. A mãe era viciada em drogas e não estava nem aí, quando fui ver essa criança no barraco, dava dó, cheia de picadas de mosquito, o saquinho dela quase estava caindo.

Pesquisadora: Por quê?

Ivone: Estava todo vermelho, em carne viva.

Enfermeira: Assadura.

Ivone: Eu cuidei dele, mas tive que levar para o hospital porque ele estava desnutrido. Mas, a mãe veio atrás, dizendo que eu estava roubando o filho dela, e eu disse que eu não peguei para criar, mas só para cuidar, porque ela não estava cuidando e me deu dó. Mas a mulher começou a brigar e eu deixei ela no hospital, cuidando do filho dela. Quando voltei no outro dia fiquei sabendo que ela não cuidou nada, deixou o menino sozinho e foi namorar com um segurança lá do hospital. Foi aí, que eu entrei com a papelada para adotar de vez essa criança. Eu briguei com o meu marido por causa dele, porque ele não queria que eu ficasse com a criança, mas eu queria cuidar dele. Meu marido começou a beber, a me bater e acabou me abandonando. Foi aí que eu comecei a beber também. Eu não queria saber de tratamento, as pessoas falavam para mim, e eu respondia que não queria saber de “blá,blá,blá” no meu ouvido.

(Risos)

O significante “vergonha” agora é associado com a maternidade e à condição de ser “mãe solteira”. Associamos a vergonha com a própria sexualidade – os filhos são gerados através do ato sexual, ser mãe implica em ser sexuado. No relato de Ivone, a maternidade dos outros filhos surge como inevitável e não como um desejo – “aí, veio outro filho e mais outro e mais outro”. Diferente da adoção, que foi desejada, pois brigou e enfrentou o marido para adotar uma criança “abandonada pela mãe”. No entanto, Ivone denuncia uma escolha pela abstinência sexual – a adoção é a maternidade sem a experiência sexual, assim como, o abandono do marido pelo filho.

O tema “namoro” é incompatível com “cuidar do filho”, expressa Ivone – “deixou o menino sozinho e foi namorar...”. No entanto, chama-nos a atenção que esses temas são recorrentes desde a primeira sessão – o abandono e o namoro. Essa incompatibilidade não é atribuída aos membros do grupo – “está fora dele”. Nota-se que, em sua grande maioria, as mulheres foram encaminhadas para o tratamento pelo Conselho Tutelar por *abandono dos filhos*. A fala de Ivone também representa o que é o

“certo” – “cuidar dos filhos e não namorar”, como um Ideal da mulher-mãe, um atributo social do *Ideal de Feminilidade*.

Ivone ocupa uma função intermediária – *porta-sintoma*.

Ivone: Conta que foi enganada para vir ao tratamento. A ambulância do resgate estacionou na frente da sua casa e a levaram para o Hospital Municipal de Urgência, sem ela saber. A ambulância foi chamada pela sua família e pelo seu patrão. A vizinhança não entendia o que estava acontecendo com ela. Ficou internada e no soro por um dia.

Pesquisadora: Você sente que foi enganada e traída pela sua família e pelo seu patrão.

Ivone: É, inclusive eu briguei com o meu patrão, porque ele disse que ia me pagar por semana e não me pagou até agora. Quando eu voltei do hospital, ele falou para eu ficar na casa dele e comer alguma coisa lá. Foi aí, que levaram o meu filho sem eu saber, quando eu voltei, perguntei por ele e me disseram que tinham levado. Me enganaram de novo.

Ivone: Aí, fiquei de cama três dias, sem comer, sem tomar banho, sem vontade de fazer nada. Comecei a me levantar aos poucos, tiveram que me dar banho, porque eu não conseguia ficar em pé. Então, eu resolvi me tratar, vim com o meu patrão, que também se trata aqui. E me disseram que vão devolver o meu filho quando eu tiver melhor.

Ana chega nesse momento (30 minutos atrasada) e se identifica com a fala de Ivone sobre a retirada e devolução dos filhos pelo Conselho Tutelar, diz baixinho ao meu lado: “Devolve, eu é que sei!”.

O tema da traição é enunciado por Ivone que é confirmado por Ana – “eu é que sei”. Não há confiança nos vínculos estabelecidos dessas mulheres, o sentimento predominante é de solidão e isolamento, sustentados pela vergonha.

Ivone faz referência a um quadro depressivo, logo após a perda de seu filho. Há uma ligação com o “sono”, enunciado por Marlene no início da sessão, um “sono mortífero”, “sem vontade de fazer nada” e esperar a morte. O *sintoma* de Ivone (e de Marlene) é a retirada de toda a libido do corpo, não só o desejo sexual foi recalcado, mas todo o movimento vital, narcísico, de autopreservação. Elas ficam entregues ao vazio absoluto, sem nome, sem representação, mortífero.

Rute: Mas, eles fizeram tudo isso, porque queriam te ajudar, não queriam o teu mal. Pior fui eu que não tinha ninguém para olhar por mim e tinha quatro crianças para cuidar.

Pesquisadora: Você fala do seu sofrimento aqui, Rute, mas, eu te vejo hoje muito bem, me cumprimentou na recepção, com empolgação.

Rute: É, eu estou namorando. Esse que está aí é o meu namorado. Ele quis vir comigo hoje, ele sabe que eu estou fazendo tratamento aqui. E nós estamos muito bem. Ele está viúvo há seis meses e começou a se engraçar comigo.

O grupo elogia e comemora a situação atual de Rute.

Rute: Também, estou trabalhando em uma casa de família. Eu me vendo por pouco, porque ela quebrou as duas pernas e não está podendo fazer nada, coitada. Então, ela está me pagando R\$ 50,00 por semana. É pouco, mas eu fico lá – durmo e como lá com ela. A filha dela quer que eu fique com ela, porque eu sou “chique”

(Risos)

Rute: Parece aquela mulher da novela – “eu sou chique, bem”.  
 Enfermeira: Mas, você pode depois procurar um trabalho que te pague mais.  
 Rute: Posso, é que eu acho que a gente tem que ajudar quando pode.  
 Ivone começa a falar da falta de pagamento, mas também da ajuda do seu patrão e dos cuidados dele. Rute pede para sair para ir ao banheiro.  
 Ivone: Não vai vomitar não, né?  
 Rute: Não...  
 Vanusa: Ela quer ver o namorado dela!  
 (Risos)  
 Ivone começa a falar de sua vida profissional e hoje da dificuldade de pagamento com o seu patrão. Rute retorna.  
 Pesquisadora: (Diz sobre o lugar que o trabalho ocupa na vida delas – empregador/cuidador são os papéis reservados para o trabalho).  
 Fim da sessão.

Rute procura se identificar com a situação de sofrimento como uma “colagem” e um achatamento das diferenças, que não é compatível com a Rute na recepção, antes de iniciar o grupo. Esta que está namorando e trabalhando precisa “sair” do grupo, por alguns instantes. Mesmo a sua saída é vinculada a uma situação de sofrimento-desprazer – “não vai vomitar não”.

Há um aprisionamento no tema do cuidado-cuidador e do abandono-traição. No entanto, Vanusa enuncia outra possibilidade, ampliando as restrições ao sofrimento e ao desprazer, para a sexualidade – “ela quer ver o namorado dela”.

Supõe-se que esse aprisionamento no sofrimento denuncia o pacto denegativo. Alguns conteúdos precisam ficar “fora do grupo” – a sexualidade e o prazer, em troca, o grupo se mantém unido pelo desprazer-sofrimento-sintoma. O sentimento contratransferencial era de muita angústia e letargia – o “sono” enunciado por Marlene “contagiava” todas nós, como se um clima sonífero estivesse presente de forma isomórfica para “*não ver*”, “*não falar*”.

#### **4ª. sessão**

Presentes: Rute, Vanusa, Marlene, Antônia, Clarice e Ana  
 (Esta sessão foi coordenada pela enfermeira, em função da minha ausência comunicada previamente ao grupo. Em função dos dados relevantes para a pesquisa, essa sessão foi considerada para análise. O relato da sessão foi feito pela enfermeira e discutido posteriormente com a pesquisadora)

Marlene: (Relata que está com dificuldades para controlar sua necessidade de tomar medicações. Começou a perceber que está aumentando a dose prescrita pela psiquiatra do CAPS). Estou por um fio, sinto muita vontade de tomar muita medicação, de uma só vez, como fazia antes para dormir e me sentia aliviada. (Relata que sente muita agitação).

Antônia: (Chora muito na sessão, está com dificuldades com sua mãe. Esta não lhe dá sossego. Relata que a mãe lhe bate com a bengala, a humilha e a xinga de drogada. A mãe controla o comportamento da filha para ver se ela não rouba nada da sua geladeira ou da sua casa – dinheiro ou alimentos. Não aguentava mais levar a mãe na igreja evangélica, porque Antônia é católica e a mãe fica querendo convertê-la para a sua religião. A mãe não deixa o cartão do banco, em que ela recebe a sua aposentadoria, mas deixa com o neto, que

é também usuário de drogas e a agride fisicamente. Saiu da casa de sua mãe e foi morar sozinha, está cansada e acha que precisa se cuidar, porque quando fica nervosa, acaba bebendo. Foi o que aconteceu nesta semana e por essa razão faltou no grupo na semana passada).

Rute: (Fala que sua mãe a batia quando ela queria beber. Mãe também era alcoolista e brigava com a filha para poder beber. Bebeu até morrer).

Enfermeira: (Diz sobre a importância da atitude de Antônia, no sentido de passar a se cuidar e resolver sozinha qual a melhor atitude a tomar).

Antônia: (Diz que o namorado fala das consequências de sua saída da casa da mãe – críticas da família, quem vai cuidar da mãe, etc. Mas, ela resolveu sair assim mesmo).

Marlene: (Retoma sua dificuldade com as medicações).

Enfermeira: (Fala sobre a falta de atividades de Marlene e a falta de prazer em sua vida e que essa ausência seria um ciclo e é necessário quebrar esse ciclo. Aponta a importância das medicações, mas também as suas limitações).

Marlene: (Observa suas recaídas, associadas à dificuldade para quebra desse ciclo. Fala de seu medo de sair sozinha).

Enfermeira: Medo de quê?

Marlene: Não sei!

Enfermeira: (Sugere uma alternativa para esses medos – pequenos ensaios e gradativamente ir aumentando suas saídas).

Clarice: (Relata que estava triste, porque teve uma recaída. Tomou a pinga do galão na casa de sua irmã. Teve muitos problemas com isso, brigou com sua filha e estava muito mal com a recaída e com a briga. Não ia mais trabalhar na casa de sua irmã).

Vanusa: (Também fala sobre sua recaída no final-de-semana, mas dizia que não iria mais beber).

Enfermeira: (Fala sobre as adversidades de toda ordem e qual o lucro na manutenção do alcoolismo. Problemas maiores aparecem).

Ana: (Fala que só está tomando guaraná, foi em uma festa, tomou tanto guaraná, ficou com a barriga tão cheia que não conseguia nem andar).

Considera-se essa sessão muito relevante e significativa por diversos aspectos.

Inicialmente, supõe-se que a ausência da pesquisadora configurou a mudança do enquadre e uma experiência de abandono. Essas mudanças implicam mudança de conteúdos (KAËS, 1979).

Em contato com a enfermeira, posteriormente, essa relata que foi uma sessão extremamente difícil, em que ela vivenciou intenso sentimento de impotência com a recaída das mulheres do grupo.

A “necessidade” (AULAGNIER, 1985; GURFINKEL, 2001) em tomar medicações aparece vinculada ao alívio, enunciada por Marlene. Solicita um “remédio” para sua agitação. E o que seria essa agitação? A “escuta” sobre a sua agitação é condição *sine qua non* como manejo terapêutico (BIRMAN, 1993), porque o remédio assume um lugar de “silenciamento”, “tranquiliza a inquietude” e mantém o desconhecimento (pelo alívio). As propostas “adaptativas” sugeridas na sessão são anuladas por um medo desconhecido de Marlene – “Medo de quê? Não sei”. Esse “medo desconhecido” percorre a cadeia associativa.

Antônia atribui o seu desassossego à sua mãe, que desencadeia uma associação representada pela mãe má – destrutiva e controladora (imago materna). Antônia, Rute e Marlene fazem referência à ausência de apoio, *lugar de conforto* e a condição para criar novas regulações que produzam prazer (KAËS, 1979). Essa ausência é revivida (também para a enfermeira) pela mudança de enquadre, conforme nos ensina Bleger (1988), o enquadre é apenas percebido, quando desaparece, quando muda.

No grupo, com a mudança de enquadre, são revividas as experiências com os objetos internos persecutórios, representados pela mãe má. Seria esse o medo desconhecido de Marlene? O medo da destrutividade da figura da “mãe má”?

O uso de drogas – álcool e medicamentos – aparece para lidar com uma angústia não simbolizada, na ausência de elaboração procura-se a incorporação (BRASILIANO, 2008) de um objeto “bom” e “apaziguador”.

Ressaltamos que, ao final da sessão, elas procuram soluções “adaptativas” para corresponder a um ideal de cura – a abstinência – “não iria mais beber”, “não vai mais trabalhar na casa de sua irmã”, “só tomo guaraná”. Todas as tentativas citadas se assemelham pela evitação das situações de “perigo” – o local do uso, a droga, etc. No entanto, o “perigo” não está na droga, mas nos *vínculos*.

#### 5ª sessão

Presentes: Rosa, Madalena, Ivone, Rute, Marlene, Antônia

(Antes de entrarem na sala, houve uma troca de presentes entre Rosa e Madalena. Rosa deu um brinco de presente para Madalena que já havia solicitado há algumas semanas).

Pesquisadora: Como eu já havia falado antes para vocês, essa é a nossa última sessão antes das minhas férias, mas o grupo vai continuar com a coordenação da enfermeira.

Antônia: Ainda bem que o grupo vai continuar, ia fazer muita falta o grupo.

Rute: Nós gostamos muito de você, minha filha (para a pesquisadora). Mas, nós sabemos que você precisa descansar e nós gostamos muito dela também (para a enfermeira). É preciso descansar um pouco também.

Rosa: (Justifica sua falta para a enfermeira, perdeu o encaixe com a psiquiatra e estava sem medicação).

Enfermeira: Que trabalho que vocês me dão! Nós temos que ver agora, você perdeu a consulta e não podemos fazer outro encaixe.

Madalena: Viu, K, eu queria dizer que estou ótima. Eu faltei por duas semanas, porque eu estava na fila do INSS para tentar resolver a minha aposentadoria, não teve jeito, vou ter que entrar com advogado mesmo. Na outra sessão, eu não vim por causa da “modernização” da Prefeitura (faz uma careta em tom de desagrado).

Antônia: Esse INSS está uma confusão!

Rosa: Eu faltei porque estava em lua-de-mel!

(Risos)

Rosa: (Fala de seu ciúme, conta uma situação em um churrasco, no qual percebeu que uma amiga de sua cunhada estava dando em cima de seu marido. Percebeu que ele estava desviando dela, mas mesmo assim ela insistia nele. Ela ficou com muita raiva e muito insegura. Começa a brincar com a situação e solicitar um remédio anti-ciúme ou uma vacina).

Rute: (Fala que ela não tem ciúme, mas o seu namorado tem dela).

Madalena: Você também está namorando? Só eu estou ficando para trás? Preciso me cuidar, quem sabe agora de brinco novo! Acho que era isso que faltava!

(Risos e elogios para o seu brinco. A pesquisadora aponta o surgimento de um cuidado e de uma vaidade feminina).

Os enunciados nessa sessão são a *falta* e o *ciúme*. A *falta* poderia estar relacionada com a ausência da pesquisadora na sessão anterior ou com o anúncio de uma ausência futura – as férias.

Antônia se refere ao grupo como uma entidade fundamental em sua vida e que não pode *faltar*, independentemente da ausência, o grupo se mantém. Associamos a função do enquadre e a importância de sua manutenção e estabilidade para a garantia da organização psíquica.

Ressaltamos que esses enunciados se relacionam, pois Rosa fala de uma *falta de controle* de suas emoções – raiva e ciúme, solicitando um remédio para solução do problema. Aqui o remédio é indicado como um recurso para enfrentar o que *falta* – controle de suas emoções. No entanto, há uma ambivalência em relação ao *remédio* e ao tratamento – ela solicita e não solicita, pois perde a consulta com a psiquiatra e sua falta é justificada pela *lua-de-mel*. Supõe-se que a *lua-de-mel* ou as relações sexuais com o namorado sejam o remédio e o veneno para suas emoções, ao mesmo tempo em que, *cura* também *intensifica o ciúme, a insegurança, a raiva*.

A raiva e a insegurança de Rosa são dirigidas a outra figura feminina, ou seja, estão implicadas na rivalidade com outra mulher. Rivalidade encoberta neste grupo? Essa competitividade entre elas surge na fala de Madalena – “só eu estou ficando para trás?”. Condição que pode ser transformada, porque já tem o que *faltava* – o brinco, presente de Rosa. O brinco simbolizaria o feminino e a sedução, da qual Rosa é portadora, como *porta-ideal* do grupo – a “namoradeira”.

O “namoro” é considerado por elas, um ideal a ser atingido. No entanto, a relação conjugal as expõe aos riscos inerentes: insegurança, rivalidade e competitividade com outras mulheres, perda do objeto amado, etc.

Madalena: Eu fico “de olho” nos homens que vão à UBS, mas são todos doentes!

Rute: Mas, lá não é o lugar. Precisa dar umas voltinhas, ir para outros lugares. Lá no posto, só tem doente mesmo!

(Risos)

Rute: E você, o que acha? (Pergunta para Ivone)

Ivone: Eu? Depois que meu marido me traiu, não confio mais em ninguém. Descobri uma foto e uma carta de amor na carteira dele, ela era de outro estado. Bati muito nele e ia tocar fogo no corpo dele, se não fosse sua família para evitar. Acabei namorando o amigo dele. Eu sou muito vingativa.

Rosa: Eu sou muito apaixonada!

Pesquisadora: Estão falando das intensidades de suas emoções e o quanto são levadas por elas!

Marlene: Melhor ficar sozinha, por isso que eu prefiro. Não tem dor de cabeça. Eu tenho muito ciúmes da minha filha, eu acho isso muito ruim. Eu tenho muito medo de ficar sozinha, então eu fico fazendo chantagens com ela. Eu acho isso muito ruim.

Rosa: Eu também tenho ciúmes da minha filha, inclusive nem dormi essa noite direito, porque estou bem chateada. Ela acabou de conhecer um cara, estava namorando e agora foi para Campinas e me ligou de lá, dizendo que vai se casar. Eu falei que não é assim, eu não gosto muito dele, acho ele muito folgado, não trabalha, não faz nada. Eles vão viver de quê? Então, eu vou para lá, para saber que história é essa, onde ela vai morar e tudo mais.

Marlene: Nós temos muito medo que nossos filhos sofram como a gente sofreu, a gente não quer a mesma coisa para eles.

Rosa: O meu marido até ficou tentando me consolar à noite toda, por isso eu estou com essa cara, eu não dormi direito. E olha que ele conseguiu me consolar direitinho! (Sorri). Quando eu falei com a minha filha por telefone, ela disse que eu não ia sentir falta dela, porque eu já tinha arrumado um marido. Olha só – ciúmes – também, minha filha, tinha a quem puxar!

(Risos)

Os homens, enunciados por Madalena, são os doentes, e também são traidores, violentos e não inspiram confiança, atributos relatados por outras mulheres. Porém, esses atributos destinados aos homens são incorporados e assumidos pelas mulheres do grupo.

Rute procura integrar Ivone, que a nosso ver, representa a outra polaridade no grupo, juntamente com Marlene – a evitação das emoções, dos prazeres e da própria sexualidade. Rute cumpre a função intermediária, como uma *ponte* entre as oposições, entre os antagonismos enunciados.

Ivone retorna ao tema da traição e desconfiança, na cena relatada, ela passa do lugar de mulher agredida para a agressora – “bati muito nele e ia tocar fogo no corpo dele”. Expressa a agressividade e a *passionalidade* dos afetos. Características essas que Rosa gostaria de controlar pelo remédio e Ivone pela evitação, por um desinvestimento das relações com a figura masculina e de sua própria sexualidade.

“Melhor ficar sozinha”, diz Marlene, e em seguida, paradoxalmente, “eu tenho muito medo de ficar sozinha”. A filha de Marlene representa uma saída para a solidão e o desinvestimento das relações amorosas e sexuais, é o seu *remédio*.

Os filhos são enunciados após a fala de Marlene. E esses ocupam o lugar de herdeiros – “minha filha tinha a quem puxar”, “medo que nossos filhos sofram como a gente sofreu”, “a gente *não* quer a mesma coisa para eles”. *As filhas* são herdeiras de conteúdos denegados, transmitidos através de um pacto narcísico. Utilizando a lógica da negativa, o discurso de Marlene – “a gente *não* quer a mesma coisa para eles”, poderia ser a expressão de um desejo: “a gente quer a mesma coisa para eles”. A filha de Marlene *deve ficar em casa como ela* e a filha de Rosa *se casou como ela*. No entanto, quais conteúdos denegados são mantidos pela herança e transmissão (KAËS, 1989)?

Rute enunciaria o medo comum em relação ao destino das mulheres, conteúdos denegados e transmitidos para outras gerações:

Rute tira uma carta de sua carteira e mostra para a componente do grupo ao seu lado.

Rute: Vocês não sabem o que eu já passei, minha filha. Sabe o que é você receber uma carta um dia de sua filha, dizendo que foi para a Bahia, sem você saber onde ela está, com quem está, o que ela está fazendo. Ela era a coisa mais linda, não é por ser minha filha, mas ela era uma bonequinha e foi para a Bahia, dizendo que ia trabalhar lá.

Pesquisadora: Fazendo o quê, Rute?

Rute: Não sei, minha filha! Até hoje eu não sei. Sei que ela foi para lá menina e voltou moça, com um filho no colo e outro na barriga.

Marlene: Mas, ela voltou casada?

Rute: Voltou com um marido, mas esse a abandonou.

Rosa: Eu morria se isso acontecesse com a minha filha.

Pesquisadora: Vocês se sentem culpadas pelo que acontece ou aconteceu com seus filhos, acham que podem ser as responsáveis por tudo isso?

Rute: (Começa a falar da situação atual de seus filhos e que não se sente culpada pelo que aconteceu a eles, fez o que podia ser feito por eles, agora está cuidando de sua vida).

Marlene: Eu também não me sinto culpada, faço o que posso. Mas, eu queria não ficar muito em cima da minha filha, eu acho que fica muito pesado para ela, mas eu não consigo ser diferente.

Pesquisadora: Pesado como?

Marlene: Eu faço chantagens emocionais com ela, eu faço tudo para ela não sair e não me deixar sozinha. Não posso fazer isso, mas quando eu vejo, já fiz.

A sessão foi encerrada e na recepção, Rosa insistia e tentava conseguir a sua medicação com a enfermeira, apesar de ter perdido sua consulta psiquiátrica.

Supõe-se que o trabalho da filha de Rute é a prostituição, mas ela não explicita, seu discurso é velado – “foi para lá menina e voltou moça” – indicando a perda da virgindade. Os filhos e a situação de abandono repetem a história da mãe (Rute) e de muitas mulheres no grupo. A maternidade incita uma dúvida em relação ao “trabalho desconhecido” que a filha realizou – “ela não se prostituiu, tem filhos e é casada”.

Novamente, os filhos aparecem como uma proteção, pois a maternidade protegeria a mulher de um destino entregue aos desejos sexuais.

Ao final da sessão, Marlene enuncia uma repetição, da qual não tem controle e desconhece as razões, que procura manter a filha “presa” ao seu próprio sintoma – “ficar em casa”.

#### **6ª. sessão**

Presentes: Madalena, Antônia, Rute, Marlene, Ana

(Retorno das férias da pesquisadora – 15 dias).

Ana passou a chegar mais cedo nas sessões e na última sessão pediu para uma conversa particular com a enfermeira. Conta que não consegue falar isso em grupo, mas que já teve um relacionamento homossexual e que a mulher com a qual ela se relacionou parecia muito com a enfermeira. Relata que gosta muito dela e que se sente muito bem no grupo com a sua presença.

Na recepção, antes da sessão, festejaram a presença de Rute, porque ela tinha faltado na última sessão, disseram que a presença dela era importante. Elas gostavam muito dela e não podia faltar. Todas estavam próximas e conversando entre si, apenas Ana estava sentada em outro canto da sala de espera, isolada. Na sala da sessão, essa disposição permaneceu, todas próximas e Ana em um canto da sala mais distante do grupo.

No início da sessão, Rute perguntou como tinha sido as minhas férias e Antônia disse que todo mundo estava sentindo a minha falta.

Marlene estava com um colete no pescoço para tratamento de algumas vértebras inflamadas.

Antônia: (Começa a falar sobre a oficina de costura de que elas também participam e que acontece na sexta-feira. Fala muito empolgada sobre essa oficina e comenta que estão pagando a passagem de ônibus de Rute para que ela possa vir na oficina de costura).

Marlene diz que não vai poder vir na oficina de artesanato em jornal e na de costura por causa de sua coluna e da posição em que fica para essas atividades. Antônia lamenta e pergunta para a enfermeira se ela não poderia vir mesmo. A enfermeira orienta que seria melhor evitar por causa da posição de trabalho.

Observo uma cumplicidade, afetividade e cooperação entre elas, com exceção de Ana que permanece mais quieta em um canto da sala.

Observa-se a importância do vínculo entre as mulheres do grupo. Procuram afirmar a importância de cada uma, notificando a sua ausência. A forma como lidam com a ausência se transformou. Diferente de sessões anteriores, não é negada, através de uma “colagem” ao objeto ou desencadeando representações destrutivas. A ausência é suportada, e ao invés do ataque/destruição, é possível “brincar” com a situação.

Outro ponto a ser considerado é o isolamento de Ana. Esse isolamento estaria relacionado com o tema homossexualidade (*portado*) por Ana e que é intolerável ao grupo? Deve-se também considerar que o relato de Ana (“fora do grupo”) foi dirigido à enfermeira, uma das coordenadoras do grupo, que poderia representar a figura materna e os componentes *homossexuais* do desenvolvimento da sexualidade feminina (MCDUGALL, 1997).

Da mesma forma, Kaës (2005b) desenvolveu que a base do vínculo no grupo é a homossexualidade, transformada em aliança fraternal. Supõe-se, portanto, que essa cumplicidade, afetividade e cooperação entre as mulheres do grupo estão apoiadas nos componentes homossexuais da sexualidade feminina.

Silêncio

Madalena: (Fala que também tirou férias, que solicitou uns dias, porque iria viajar. Então, revela que também está de namorado novo e que ele mora em São José dos Campos).

O grupo comemora a notícia.

Pesquisadora: E como está o namoro?

Madalena: Ah, é começo, né. Mas, eu não estou muito animada, não, porque ele quer morar junto, e eu acho muito cedo. Eu acho tão bom, ficar na minha casa, ter as minhas coisas, acho que morar junto não dá muito certo. Mas, vamos ver...

Antônia: Todas estão namorando...

Ana: (Fala que ela não quer namorar agora, porque está priorizando os seus filhos. Tem um pretendente, mas ele quer mudar para outra cidade e ela não vai deixar os seus filhos – fala, olhando para a enfermeira).

O grupo não ouve o que Ana diz, falam todas ao mesmo tempo e em conversas paralelas. Ana continua falando com a pesquisadora.

Antônia: Namorar é tão bom!

Conversas paralelas em tom eufórico.

Ana: O meu irmão me apresentou esse pretendente, mas eu não quero ir com ele, o que vão pensar e falar de mim, que ‘ela largou os filhos para ficar com ele’. Se eles já estão sozinhos, com um pai, que não quer saber deles, já estão como estão por causa do pai deles. Não posso fazer isso.

Voltam as conversas paralelas e a enfermeira aponta o fato de elas não estarem se ouvindo.

Silêncio

Madalena também passa a corresponder ao Ideal de grupo – “*todas* estão namorando”, diz Antônia. O significante *todas* transforma o grupo em uma única massa – uma *ilusão isomórfica* e o momento ideológico do grupo (KAËS, 1997). Há uma espécie de pacto implícito do qual todas participam, mantendo segredos, silêncios e exclusão de conteúdos representados por alguns componentes (conteúdos enunciados por Ana).

O namoro, nesse sentido, – além de uma relação com o “outro” e de uma manifestação dos desejos e necessidades sexuais – pode-se configurar como defesa do desejo homossexual desse grupo.

Ana precisa mudar os componentes de sua história – “*esse* pretendente”, “ficar com *ele*” – como uma condição para expressar o seu desejo. Mecanismo semelhante ao do sonho e ao sintoma, em que o desejo precisa ser “disfarçado” (FREUD, 1900a).

Ana: Eu fui a um grupo no Parque São João e parei de ir a esse grupo por causa de uma certa mulher lá. Voltei nessa semana e quem eu encontro de cara – ela.

Pesquisadora: Que grupo é esse?

Ana não responde.

Enfermeira: Ela faz segredo sobre o que é esse grupo! Não conta para ninguém.

Ana: Fui para o grupo e com quem que eu encontro – com ela. Dou de cara com a fulana e ela ainda veio falar comigo. Eu disse ‘olha, só quem veio falar comigo’.

Pesquisadora: Porque você não queria encontrá-la?

Ana não responde.

Silêncio

Antônia: Hoje está faltando muita gente! As novas não vieram! E aquela psicóloga. Ô, K., o que você acha? Uma pessoa que está aqui com a gente é para se tratar, não é? Chegou uma pessoa nova no grupo e ela pensa que é nossa psicóloga, ela fica comentando e dando conselhos para os nossos problemas, cruza as pernas assim... (Risos) Ah, não, se ela viesse hoje, eu ia falar que ela está aqui para se tratar, agora chega aqui e pensa que é a “tal”.

Marlene: Você a conhece?

Pesquisadora: Não, não conheço.

Ana: Eu estava vendo mesmo o jeito dela e pensei ‘olha, só, como ela está falando!’

Marlene: Eu queria ver se ela iria fazer isso se a K. estivesse aqui.

Antônia: Ah, mas se a K. estivesse aqui, ela ia ver só uma coisa!

Pesquisadora: O que eu iria fazer com ela? O que ela iria ver comigo?

Marlene: Ah, K., agora a coisa é com você.

Antônia: Eu só digo uma coisa, como ela quer resolver os nossos problemas, se nem os dela ela está resolvendo, se ela está aqui, é porque ela também não está bem.

Rute: Mas, ela bebe também?

Antônia: Não, ela toma medicação, igual à Marlene. Se ela viesse hoje aqui, ela ia ver só. Eu e a Marlene iríamos falar isso para ela.

Pesquisadora: Mas, a primeira vez no grupo não é fácil. Às vezes, é mais fácil falar do problema e da dificuldade dos outros do que de si mesmo. Encarar o próprio problema não é muito fácil, pensem como foi para vocês a primeira vez em que estavam nesse grupo, como se sentiram, eu me lembro da dificuldade de muitas para estar aqui.

Antônia: A primeira vez que eu vim ao grupo, as minhas mãos ficavam tremendo muito, agora não, eu adoro vir aqui.

Marlene: Nós temos que ter mais paciência com ela, Antônia.

Ana: Eu vi o jeito dela aqui no canto, fica só falando de todo mundo. Eu pensei: “Olha, só o jeito dela!”

Ana indica que mantém alguns segredos, impedindo o acesso a informações, exclui, assim como é excluída, por ser *portadora* de conteúdos denegados. Antônia, supostamente, desvia o assunto, com o tema sobre as relações de poder – “todas são iguais, estão aqui para se tratar”, “pensa que é a *tal*”.

Através do tema sobre as relações de poder, enunciam como o *novo* será tratado no grupo – torna-se *igual* ou será rechaçado. Estariam se referindo, também, ao *novo* conteúdo de Ana e de sua postura diferenciada e distante do grupo?

Através do enunciado “nova componente – a psicóloga”, tal como ocorre na passagem da horda para a civilização e no processo identificatório entre os membros de um grupo e o líder (FREUD, 1913, 1921), se pronuncia o estabelecimento dos vínculos horizontais para a configuração do laço fraternal. Através de um pacto, o desejo em

ocupar o lugar de poder (psicóloga) está proibido para qualquer um do grupo. Esse pacto mantém os laços no grupo, assim como, mantém uma relação hierárquica e de poder para a instauração de normas e lugares a cada um – “mas se a K. estivesse aqui, ela ia ver só uma coisa”. O poder está “fora e acima” delas.

Rute: E você? – dirigindo-se para Madalena – Nós não deixamos você terminar de falar.

Madalena: É, é verdade. Então, é isso sobre o meu namorado, ele quer morar junto e eu acho muito cedo, eu quero ficar conhecendo ele melhor primeiro. E depois, eu pensei, eu gosto tanto da minha vida, da minha casa, não sei se eu me acostumaria viver com alguma pessoa agora.

Antônia: Mas, e já rolou tudo entre vocês? (Risos)

Madalena: Não, ainda não!

Antônia: Não?!

Madalena: A gente está se conhecendo, ele gosta muito de passear, visita um parente aqui e outro ali, e eu também gosto muito disso. Mas, morar junto...

Pesquisadora: E você disse essas coisas para ele e o que ele diz?

Madalena: Ele disse que vai esperar minha aposentadoria sair, acho que ele não quer ficar mais sozinho e eu gosto de ficar sozinha.

Rute: É, ao contrário, ao invés do homem não querer casar, é você que não quer casar.

Antônia: É verdade, é sempre a mulher que quer casar e o homem não quer!

(Encerrada a sessão)

Ao final da sessão, Rute novamente cumpre a função intermediária unindo pontos paradoxais.

A posição de Madalena evidencia uma escolha, uma alternativa aos lugares sociais demarcados, destinados ao homem e à mulher, em relação ao casamento.

### **7ª sessão**

Presentes: Rosa, Ivone, Rute, Vanusa, Ana, Clarice, Marlene

Rosa: (Diz que não viria hoje, porque a chefe está pegando no pé dela e fica tirando chacota ou gozando da sua condição).

Ana: Eu também não sei se venho mais. O outro grupo que eu vou, gosto. Mas aqui...

Enfermeira: Ela não diz qual é o outro grupo que ela vai.

Rosa: Então, a minha chefe fica reclamando, eu não sei se consigo vir, eu queria mudar de lugar de trabalho. Ela é assim com todo mundo. Um rapaz já quis bater nela, porque ela disse que ele tinha bebido. As mães querem bater nela, porque ela fala de um jeito. Comigo ela fica fazendo gozação com a psicologia e psiquiatria.

Rute: (Conta sua briga com um chefe de Hospital, porque não queriam atender seu filho por falta de dinheiro. Disseram que seu filho ia morrer). Deus não fez todo mundo rico. Tem hospital que não paga, porque não é todo mundo que pode pagar. O homem batia na mesa e eu batia também (risos). O homem agarrou na minha blusa e eu agarrei na dele também (risos). Eu disse a ele: “pois quando você morrer não é o seu dinheiro que vai lhe salvar.”

Pesquisadora: Vocês estão falando das diferenças de classe, da discriminação. Pessoas que com certo poder, humilham outros que estão abaixo ou submissos a esse poder.

Rosa: Ela é minha chefe, eu não posso responder. Ela vive falando para mim, que eu vou varrer rua, porque ela sabe que eu morro de medo em voltar a fazer isso. Eu trabalhei hoje sem almoço para sair mais cedo e mesmo assim ela ficou falando.

Pesquisadora: Mas, parece que não é só com você, Rose. É o lugar de poder que ela ocupa e usa para humilhar.

Rosa: Mas, tem uma que está grávida de três meses e quando ela falta, ela não fala nada. Para uns é assim, para outros ela pega no pé.

Pesquisadora: Há uma diferenciação no tratamento – umas têm privilégios, outras não.

Os enunciados da sessão anterior retornam nessa sessão – o poder e um mal-estar na relação entre as mulheres.

Rosa inicia com o tema sobre o *poder*. Poder que está “fora e acima dela”, assumido por uma chefe-mulher. O mal-estar na relação entre as mulheres é confirmado por Ana, através de seu desejo em sair do grupo e ir para o *outro*, o *outro grupo* misterioso. Nos discursos de Rosa e Ana há sempre um terceiro excluído e outro que goza de privilégios – o escolhido. Para Ana, o “escolhido” é o *outro grupo imaginário*, excluindo o atual grupo – “aqui”. E para Rosa, ela é excluída e a “escolhida” é a mulher grávida. Salientamos que as figuras escolhidas e excluídas são figuras femininas, diferente de uma composição edípica – pai, mãe e filha (o). As cenas de exclusão e privilégios acontecem num cenário de rivalidade e hostilidade entre mulheres.

As relações diferenciadas denunciam privilégios, dos quais “a grávida” pode desfrutar. Portanto, a maternidade, representada pela “grávida”, ocupa um lugar de poder e usufruto dos privilégios pela sua condição. Para Rosa e para “o rapaz que tinha bebido” são dirigidos ataques e ameaças, ou seja, pela condição de usuários de álcool, são “humilhados”.

Rute enuncia uma forma de poder pela anulação das diferenças, pelo enfrentamento da figura masculina “de igual para igual” – “o homem batia na mesa e eu batia também, o homem agarrou na minha blusa e eu agarrei na dele também.” Da mesma forma, enuncia a diferença de classe e os privilégios adquiridos com o “dinheiro”.

Ana: Então, eu não sei se continuo vindo aqui. Parece que as coisas não se resolvem. Eu recebi uma visita inesperada hoje, eu nem sabia que ela viria hoje, eu não esperava.

Pesquisadora: Porque você não quer mais vir aqui?

Ana: Eu não sei te dizer, nem eu sei.

Rosa: Eu também estou nervosa por outras coisas... Meu marido, não sei se é marido, saiu de casa. Ele brigou comigo, disse que não quer mais ficar comigo. Me chamou de louca. Nem sei por que estamos aqui nessa vida, nem porque estou aqui, não sei o que eu estou fazendo aqui (começa a chorar).

Silêncio.

Ana: Disse tudo, eu também não sei o que estou fazendo aqui.

Enfermeira senta perto de Rose e a conforta.

Pesquisadora: Por que, Ana?

Ana: Não sei. (Começa a dizer da visita da Assistente Social do Conselho Tutelar. Fala que está melhor, logo vai ter os seus filhos de volta).

Rute: Porque você perdeu a guarda de seus filhos?

Ana: Isso é só com elas (aponta para a pesquisadora e a enfermeira). Desculpa, mas eu só falo com elas.

Rute: Tá bom, é que eu não entendo.

Rosa: Mas, nós não temos segredos aqui, temos? (para pesquisadora). Aqui nós podemos falar tudo.

Rute: (Diz que nunca abandonou seus filhos, fez de tudo para ficar com eles, fala das marcas do seu corpo pelo trabalho no sertão. Sente-se injustiçada pelos seus filhos, porque fez de tudo para ficar com eles e hoje eles a abandonaram. Foi o pai e a mãe deles).

Pesquisadora: Estou pensando no que vocês falaram desde o início do grupo sobre sair daqui, parar o grupo e pensei que, talvez, a expectativa em estar aqui, é que a vida mude, quando se para de beber. Que não se tenha mais problemas. Sair do grupo é também um abandono, nos abandonar.

Rosa: Eu não pensei em sair daqui, mas eu falo da vida.

Ana: É isso mesmo. (Conta os episódios de abandono dos filhos quando bebia).

Rute: Agora eu estou entendendo!

Ana: Começa a falar da vida sem marido, nós não temos o mesmo sexo dos homens, mas nós podemos ser como ela disse – pai e mãe dos nossos filhos.

Rute: Eu quero tudo de bom, eu quero os filhos e quero o marido também.

(Risos)

Através do discurso de Ana, supõe-se que o grupo estaria marcado por um *segredo*, conteúdos precisam sempre “ficar fora”, através de uma conspiração e cumplicidade que impede o conhecimento. O poder e o privilégio são representados pelas relações diferenciadas com as coordenadoras (a pesquisadora e a enfermeira), o grupo é excluído dos segredos que só Ana, a pesquisadora e a enfermeira conhecem. Uma relação triangular que exclui as “irmãs”.

Há uma rivalidade entre Ana e Rute, através dos lugares “quem abandona e quem não abandona os filhos”. Rute se sacrificou, “tem as marcas em seu corpo” e Ana abandonou os filhos em situações de uso, motivo que gerou a perda da guarda provisória. Aqui a maternidade aparece como uma questão de honra e dignidade, evidenciando os valores morais e culturais atrelados à figura da mãe – “mãe é aquela que não abandona os filhos, mãe é aquela que se sacrifica pelos filhos.”

O tema da diferença sexual é enunciado por Rosa e Ana, propõe como resolução deste antagonismo – homem e mulher – a anulação das diferenças: “ser pai e mãe dos nossos filhos”. Ressalta-se que esta resolução é proposta diante da ausência, do abandono e das frustrações com a figura masculina, ou seja, frente às incertezas e inseguranças na relação com o outro, são buscadas formas onipotentes de enfrentamento

através de figuras assexuadas e sem nenhuma “brecha” para o acesso ao outro (SCHNEIDER, 2003). O que seria uma marca de imprevisibilidade e de abertura (FUKS, 2002) transforma-se ora em uma busca por um modelo totalitário e absoluto, ora através de uma saída possível – a morte, enunciado por Rosa.

Clarice chega ao grupo, fica em pé e diz que não vai ficar – senta ao lado da enfermeira e diz: Tudo acabou S.

Enfermeira: Faleceu seu irmão.

Clarice: Faleceu hoje ao meio-dia. O grupo se entreolha e pergunta – faleceu o irmão dela?

Pesquisadora: Faleceu!

Ana: K., posso sentar ao seu lado?

Pesquisadora: Claro!

Clarice: (Conta do falecimento do irmão).

Rosa: Mas, ele descansou. Acabou o sofrimento.

Enfermeira: Quem vai cuidar do velório, dessas coisas?

Clarice: Meu sobrinho! (Silêncio). Mas, eu não bebi. Está duro, mas, eu estou aguentando. Eu já vou.

Enfermeira: Fique tranquila e nós esperamos você aqui.

Clarice sai e antes abraça a pesquisadora e a enfermeira.

Pesquisadora: Nós esperamos você aqui no grupo.

Clarice: Na próxima semana, eu estou aqui.

(Silêncio após a saída dela).

Rosa: A vida é dura, né. Não é fácil para ninguém.

Pesquisadora: É verdade.

Rosa: Falo dessa separação e da sensação de fracasso, me comparo a outras mulheres. Queria ser forte, “mulher de verdade”. Vejo as minhas irmãs casadas. Fiz tudo para o meu marido e ele não reconheceu. (Relembra de suas crises de ciúme).

Pesquisadora: Fracasso? Um relacionamento é constituído por duas pessoas, são os dois que contribuem para a história acontecer. Assim, como nós aqui, todas nós integramos esse grupo.

Rute: Eu precisava pedir para ir embora mais cedo, porque eu preciso ir ao banco.

(Rute sai).

(Silêncio)

Marlene: eu vou falar, eu não estou bem. (Começa a falar ao final da sessão que se sente só, se sente incapaz e concorda com a fala das colegas em não se sentir uma mulher de verdade. Fala das tentativas passadas de suicídio e das ideias presentes a esse respeito).

Rosa: (Tenta acolher Marlene).

A morte se apresenta ao grupo, através do falecimento do irmão de Clarice e das tentativas de suicídio de Marlene. Clarice procura o grupo, mesmo que por alguns instantes, como um suporte para elaboração de sua experiência de perda. Supõe-se que Clarice procura a confirmação da *existência e permanência do grupo*, uma condição necessária para elaboração de sua perda, é imprescindível a confirmação que o grupo *está lá, continua lá*. É o mecanismo semelhante à brincadeira do *fort-da*, jogo do neto de Freud, de um ano e meio de idade, que consistia em jogar um carretel para longe e fora do campo visual (*fort*), sendo mantido preso por um cordão; em seguida, ele é

trazido de volta para perto (*da*). Ambos movimentos são acompanhados dos esboços de palavra *fort* e *da* (GURFINKEL, 2001). Esse jogo refletia a sua experiência emocional em relação à presença e à ausência da mãe.

Nesse sentido, Clarice mantém o seu vínculo (cordão), através de um jogo de presença e ausência no grupo, tentativa para lidar com essa perda sem o uso da bebida alcoólica – “eu não bebi, está duro, mas eu estou aguentando”.

O tema da morte foi trazido por Clarice e ele desencadeia no grupo a procura de um Ideal – “a mulher de verdade”. Essa mulher é *forte, casada*, diferente das mulheres que se *separam, fracassam, são incapazes e usam drogas*. Considera-se que essa procura onipotente por uma “mulher de verdade” incide no uso de diversas substâncias psicoativas e na tentativa de alcançar este Ideal. Um Ideal de ego fundado pelas alianças inconscientes que atribui um lugar de doença para a *mulher frágil e solitária*. A esta última são vetadas qualquer forma diferenciada de realização de desejo, que não seja pelo casamento e pela maternidade, restando-lhes o uso de drogas para alcançar esse Ideal de “mulher forte”.

#### 8ª sessão

Presentes: Rosa, Madalena, Rute, Ana, Marlene, Antônia

Madalena, Ana e Rosa chegaram atrasadas.

Antônia: (Inicia falando do sofrimento da perda de sua mãe, não consegue chorar, não consegue comer. Só fuma e toma café, está com enjôo. Não bebeu. Fala do apoio do namorado).

Marlene: Ela cuidou de tudo sozinha.

Ana e Madalena chegaram.

Antônia: Meus irmãos não queriam saber de nada. Eu não queria acreditar, fiquei mexendo nela, achando que ela ia acordar, que estava dormindo. Eu fico achando que ela vai falar comigo em casa, que eu vou ouvir ela me chamando. Eu sinto um buraco aqui dentro e eu não consigo chorar. O A. (namorado) falou para eu falar com você (pesquisadora). Porque ele esteve aqui e não lhe deram o meu endereço.

Ana: Não pode não, ficar fumando.

Pesquisadora: Esclareço sobre o sigilo do prontuário e que as informações do paciente não podem ser fornecidas.

Antônia: Mas, ele conseguiu chegar na minha casa, ainda bem, porque ele me ajudou muito. Eu não sei se consigo ficar sem a medicação, não estou suportando. O A. falou para eu conversar com você para dizer como eu estou me sentindo.

Pesquisadora: Você está com vontade de chorar agora?

Antônia: Estou.

(Silêncio) Ana começa a chorar.

Marlene, Ana e Rute começam a chorar também.

Antônia: Desculpe, gente.

Pesquisadora: Não precisa pedir desculpas, aqui é para isso mesmo. Algumas de vocês também se emocionaram.

Ana: Eu lembrei do meu pai, essa falta ninguém ocupa.

Antônia: Eu sinto uma coisa ruim aqui dentro. Eu choro, mas parece que não é suficiente.

Marlene: Ela está em estado de choque. A minha filha também quando perdeu o pai, não conseguia chorar, mas estava sofrendo mais que todo mundo que chorou.

Rute: Quando você chorar, você põe para fora. Não fica preso. A vida é assim mesmo, minha filha.

Rosa chega neste momento: Desculpe, o motorista atrasou. Acho que ele não almoçou hoje.

Antônia: Eu só tenho vontade de fumar, posso sair? Eu estou com vontade agora.

Pesquisadora: Você está tentando suportar esse sofrimento através do ato de fumar, para melhorar o que sente. Proponho que fique conosco e fale sobre o que está sentindo, se possível.

Antônia: Ok.

(Silêncio)

Rosa: O que aconteceu?

Ana: A Antônia perdeu a mãe dela.

Rosa: Nossa, meus sentimentos.

Antônia: Obrigada. É muito difícil falar o que eu estou sentindo, mas foi muito bom ter vindo aqui. Eu gosto muito de vocês.

Algumas mulheres do grupo ficam emocionadas e com olhos marejados.

Antônia: Eu estava me sentindo muito sozinha, mas o A. e vocês aqui do grupo me mostraram que não.

Rute: Não está mesmo, minha filha, estamos aqui com você.

(Fim da sessão)

Antônia apresenta uma ambiguidade nas formas de enfrentamento da perda de sua mãe. Ao mesmo tempo em que quer *falar* sobre como está se sentindo, solicita o medicamento e o cigarro – drogas que ajudariam a suportar essa dor – “um buraco aqui dentro”. Para Antônia convivem e disputam várias formas para lidar com essa ausência – a alucinatória (“eu não queria acreditar, ela ia acordar”, “ela vai falar comigo, eu vou ouvir ela me chamando”); a negação onipotente através da incorporação de um objeto-droga “apaziguador” (o cigarro, o café, o remédio); o apoio do namorado; e a elaboração através da *fala* (o grupo como possibilidade de elaboração das perdas).

O apoio do grupo e do namorado contrapõe-se à solidão, ao enfrentar a situação – “ela cuidou de tudo sozinha”, “meus irmãos não queriam saber de nada”. Observa-se também que, no discurso de Antônia, há uma ambivalência em relação aos cuidados que a instituição poderia lhe oferecer, pois essa se “recusou a dar o seu endereço para o namorado”, configurando uma possível ausência neste momento em sua vida. Mas, assim como para Clarice, discutido na sessão anterior – o grupo *permanece* – possibilitando uma elaboração da perda e da ausência.

A perda de Antônia produz uma ressonância no grupo (ANZIEU, 1993), mobilizando os fantasmas de horror diante da morte. A encenação no grupo é configurada por diversos papéis – a filha e a mãe; a filha que está “em estado de choque” e a filha que assume uma “falta que ninguém ocupa”. Nesta multiplicação da

cena inicial de Antônia, observamos uma diversificação do enfrentamento da morte, desde uma anulação dos sentimentos (Marlene) a uma *ausência assimilada* (Ana).

### 9ª sessão

Presentes: Ana, Rosa, Marlene, Rute.

Ana inicia a sessão contando de sua decepção amorosa, fala que tem um motivo para ficar desiludida com os homens. Foi abandonada pelo noivo no altar e depois sua decepção com o ex-marido, pai de seus filhos que a abandonou por outra mulher. Fala que só teve decepção com os homens. Conta do abandono de seu pai, deixando sua mãe sozinha aqui em São Paulo com diversos filhos no colo.

Ana: Mas, precisava ver, todas as mulheres procuravam por ele para fazer o parto delas. Ele era enfermeiro no Rio de Janeiro.

Rosa: Eu também me decepcionei com o meu primeiro marido, ele me batia e o que me deixava mais chateada é que minha mãe não me defendia. Porque ela fez isso? Eu queria que ela tivesse feito alguma coisa, me desse apoio.

Marlene: O meu marido me trocou por outra e até hoje é muito difícil para mim.

Pesquisadora: A situação de abandono é um elo comum entre vocês e na história das mulheres da família.

(Silêncio)

Ana: Você me lembra uma professora de inglês, K., que eu não gostava. Ela era danada, muito brava. A S. (enfermeira) me lembra a minha tia e outra pessoa que eu conheço.

(Silêncio)

Marlene: Eu tenho uma novidade, eu estou namorando.

Rute: Que ótimo, Marlene. Namorar é muito bom.

(risos)

Ana conta que gosta muito da Rute, porque ela se parece com a sua tia que a criou, sua mãe não pode cuidar dela e a mandou para sua tia em Salvador – BA. Ana conta que sua mãe cobra o amor dela e a sente distante. Ela justifica que não teve o costume de viver com sua mãe e por isso é distante.

Rosa conta a mágoa que sente de sua mãe por não ter cuidado dela, quando ela mais precisou, apanhava do marido e sua mãe dizia que era assim mesmo e que ela tinha que aguentar. Diz que não quer se parecer com sua mãe na criação de suas filhas e que pretende ser muito companheira delas. Relata que quando casou era “muito menina” e não sabia de nada.

Pesquisadora: Vocês relatam uma experiência de distância e ausência com a mãe.

Ana: K, eu acho que essa sessão é muito curta, deveríamos ficar mais tempo aqui, não dá tempo de nada, quando está ficando bom já chegou a hora de ir embora.

Nesta sessão, há uma centralização da fala de Ana e dificuldade para o grupo se expressar, observa-se um mal-estar nas outras componentes do grupo.

A sessão foi marcada pela ambivalência em relação às figuras parentais (imagos parentais), enunciada por Ana.

Relata a decepção e abandono de sua mãe pelo seu pai e, de forma contraditória, conta com “orgulho” que ele era o enfermeiro na cidade do Rio de Janeiro, “escolhido” pelas mulheres para seus partos. Ao mesmo tempo em que seu pai é o “escolhido” por “outras mulheres grávidas”, sua mãe (e Ana) são “abandonadas”. São enunciadas a

rejeição e a predileção. Nota-se que não se trata apenas de uma configuração edípica triangular, mas de uma multiplicidade de “mulheres grávidas”. Multiplicidade de mulheres revividas na experiência grupal.

A ambivalência também é revelada em relação à figura feminina-materna – a mãe que cuida e abandona. No entanto, os sentimentos opostos (amor e ódio) são separados por difração (KAËS, 2005a) entre as coordenadoras – pesquisadora, objeto mau e persecutório; e enfermeira, objeto bom, acolhedor e fonte de desejo sexual.

Outro ponto importante a ser ressaltado se refere à herança e transmissão transgeracional às mulheres – o abandono se repete nas gerações. O que é transmitido através da repetição da história de abandono?

A informação sobre o namorado de Marlene foi parcialmente censurada. A paciente informa, em psicoterapia individual, a dificuldade em revelar que o seu namorado é um ex-detento, tem medo do julgamento e da avaliação do grupo<sup>34</sup>. Observa-se que o grupo cumpre uma função superegóica, instaurando culpa e restrições ao que *pode* e ao que *não pode ser dito*. Esta função é mantida e perpetuada pelo vínculo intersubjetivo, uma função co-recalcante exercida pelos pactos e alianças inconscientes.

A centralização da fala por Ana denuncia o lugar de *porta-voz* de uma conspiração na manutenção de um pacto para que segredos permaneçam “fora do grupo”: a homossexualidade e as informações sobre o namorado de Marlene. Também é necessário exercer um controle e manipulação da função de coordenação do grupo, alterando (ataque) o enquadre – “acho que a sessão é muito curta, deveríamos ficar mais tempo”.

#### **10ª sessão**

Presentes: Ana, Marlene, Rute, Madalena, Magali, Norma, Milena

Magali permanece no canto da sala, fora da roda do grupo e, às vezes, vira para o grupo, às vezes vira para a parede.

Silêncio.

Norma: Eu sou Norma, eu estava no intensivo e agora vou começar nesse grupo.

Ana: O que é intensivo, que vocês falam?

Pesquisadora: É um tratamento mais intenso, em que a pessoa vem todos os dias e permanece seis horas na unidade – das 8h às 14h. Depois, ela passa para outra modalidade de tratamento.

Ana: O nosso não é tratamento intensivo, não?

---

<sup>34</sup> Informação obtida com a equipe do CAPS ad.

Pesquisadora: Não! Nós chamamos de semi-intensivo, vocês frequentam todas as semanas o grupo e o atendimento médico-psiquiátrico.

Silêncio.

Rute: Eu vou começar falando hoje! Eu preciso contar uma coisa, eu fui a uma festa no fim de semana e bebi um pouquinho... (Começa a rir)

(Risos)

Pesquisadora: Você conta com um ar de que fez uma travessura, uma arte.

(Risos)

Rute: Eu estava lá na festa com todo mundo. Todo mundo dançando e eu resolvi beber um pouquinho de cerveja para ficar mais quente.

Pesquisadora: Mais quente!

Rute: É mais alegre, mais divertida.

Pesquisadora: Mais quente, também tem outro sentido. O sentido sexual, mais quente, mais fogosa.

Ana ri.

Rute: Não, eu queria ficar mais alegre mesmo, mais divertida.

Norma: Eu, quando bebia, ficava mais corajosa. Enfrentava qualquer coisa, mesmo. Podia vir qualquer homem para cima de mim, que eu enfrentava mesmo.

Pesquisadora: Talvez, vocês estejam falando de algumas funções do álcool e de outras drogas. Teria uma função de divertimento, dar mais coragem ou de amortecer alguns sentimentos e sensações. Teria também uma função de mudar a situação da mulher como um sexo frágil? E vocês passariam a ficar valentes e poderosas!

Milena: (Balança a cabeça no sentido afirmativo)

Norma: Não, eu vou para a favela comprar droga, sem precisar de nada não! (Começa a contar uma situação em que foi chamada de nória e começou a bater na mulher que estava do outro lado da rua). Ela não devia ter me chamado assim, porque eu estava até legal, eu estava levando uns bagulhos para uns caras.

Chama-nos a atenção a pergunta inicial de Ana sobre o tratamento *intensivo*. A intensidade do tratamento não pode ser caracterizada por um critério quantitativo e sim pela qualidade dos vínculos. Neste sentido, Ana tem razão, *este tratamento é intensivo*.

Rute apresenta uma função para o uso do álcool, diferente dos relatos acompanhados por culpa e sofrimento. Relata que observava as pessoas “dançando” e, nessa situação, a droga poderia oferecer “algo a mais” para seu “divertimento”. Seu relato tem um tom de brincadeira, de quem fez uma travessura, como foi apontado no decorrer da sessão.

O álcool cumpre uma função intermediária na experiência de Rute, oferece uma *ponte* entre ela e as outras pessoas da festa – um “algo a mais”. Essa função, enunciada por Rute, desencadeia o relato de outros lugares que as drogas ocupam na vida de cada uma delas. Norma relaciona a bebida (e as outras drogas) com “mais coragem” e, supõe-se que é uma negação da situação de vulnerabilidade frente ao outro sexo – “podia vir qualquer homem para cima de mim, que eu enfrentava mesmo” – ela *não precisa de nada*. Norma assume uma potência relacionada à virilidade e à agressividade – ora agride, ora é agredida.

Pode-se considerar, também, que a droga ocuparia um lugar de apagamento das diferenças e nesse sentido, não cumpre uma função de intermediação, pois *anularia* a distância entre os opostos.

Milena: É comum, a gente ir buscar droga na favela e os caras começarem a mexer com você. A gente finge que não ouviu, porque senão pode arrumar confusão.

Pesquisadora: Mexem como?

Milena: Chamam de vagabunda, mulher fácil!

As outras mulheres confirmam o discurso de Milena.

Milena: Aconteceu uma coisa comigo na semana retrasada, quando eu estava saindo daqui, eu peguei uma lotação e meu ex-namorado estava nela e me convidou para usar com ele. Eu disse para ele que estava fazendo tratamento e que não queria mais usar. Eu não via a hora de sair daquela lotação. Eu nunca mais usei cocaína, mas às vezes eu sinto o cheiro dela, o gosto dela na boca. Ele me ligou de novo, e eu pedi para ele não me ligar mais, porque eu não queria mais usar.

Pesquisadora: Quanto tempo vocês ficaram juntos?

Milena: Dois anos.

Pesquisadora: O relacionamento se mantinha por causa da droga ou era bom ficar com ele?

Milena: Não, era por causa do uso. Quando eu estava com ele, eu ia à favela ninguém mexia comigo, porque sabia que eu era a namorada dele e todo mundo o respeitava. Porque ele era um cara que pagava bebida para todo mundo.

Norma: (Começa a contar um episódio em que seu filho bateu nela, porque ela chegou em casa embriagada. Seus amigos quiseram matar o seu filho, porque ele tinha batido nela. Ela relata que foi falar com os caras que queriam matar o seu filho e que queria saber quem tinha mandado e que não iria permitir isso, porque seu filho brigou com ela, porque ela chegou embriagada). Os meus amigos não me oferecem mais porque sabem que eu estou parando, e eles procuram me defender, quando eu preciso.

Rute: (Começa a contar um episódio em que ela e seu marido estavam em uma tocaia para matá-los. Relata que conseguiu contornar a situação conversando com o rapaz e ele já estava indo embora, quando seu marido o xingou novamente. O rapaz voltou e o seu marido a usou como escudo, protegendo-o do rapaz e colocando ela na frente dele. Relata que a partir daí se decepcionou com o seu marido, porque foi capaz de colocá-la na frente da arma e não foi capaz de defendê-la. Começa a relatar o episódio da briga, de forma muito cênica e com riqueza de detalhes. Fala da luta que passou a travar com o rapaz e da força que adquiriu na hora. Conseguiu salvar o seu marido, porque ele estava com os pulsos cortados e o médico elogiou o seu trabalho de “enfermeira”).

(Ao contar como salvou o seu marido, conta detalhes em como “puxou” a veia do braço do marido e todas do grupo, começaram a fazer caretas).

Ana: Depois, de uma história desta, é que eu quero nascer homem na próxima vida. Com um homem desses, para que ter um homem na vida.

Nessa sessão, o processo identificatório se configura através do desamparo e dos mecanismos de defesa utilizados. Elas relatam os diversos papéis que assumem em suas vidas, frente à situação de vulnerabilidade. Elucidam tentativas de defesa, ora se apoiando em figuras masculinas, ora assumindo a função e o papel social do homem. Há uma representação idealizada de completude vinculada ao “ser homem”, como se

para essa figura *nada faltasse* (ser assexuado) e a condição de desamparo não lhe atingiria – “eu quero nascer homem na próxima vida. Com um homem desses, para que ter um homem na vida”.

Curiosamente, à figura masculina está vinculada a completude, o *outro* não é necessário, pois “nascendo homem, você não precisa de mais nada.”

Essas representações aproximam-se das concepções teóricas que consideram a mulher o “símbolo da falta”, de “algo a menos”. No entanto, através do discurso das mulheres no grupo, evidencia-se uma busca pela completude, não através do relacionamento conjugal com o homem, pois este não cumpre a sua função de defesa, ao contrário, expõe às situações de riscos. A ideia se apresenta como “ser um homem” e através da droga, negar toda situação de vulnerabilidade possível.

No entanto, a ambivalência em relação à figura masculina e aos vínculos familiares é representada por Norma – o homem e a família a agredem e a protegem. Semelhante a sessão anterior, em que os pais eram representados pela ambivalência, aqui são os *irmãos* (amigos) e os *filhos* que ora protegem, ora agredem. No papel de protetor surgem os amigos – “eles procuram me defender quando preciso” e como agressor, o filho. Porém, a agressão do filho foi motivada pela sua embriaguez e os amigos a protegem, mas *matam* o filho. De certa forma, a proteção e a destruição se mesclam, resultando em uma fusão: a agressão é uma proteção. Considera-se que Norma enuncia a ambivalência dos vínculos deste grupo, ou seja, os vínculos ali estabelecidos protegem ou destroem?

Supõe-se que o tema recorrente sobre a busca de uma defesa diante do desamparo, da condição de vulnerabilidade e das diversas tentativas de transformação desta condição, expressam uma busca de apoio, sendo que o grupo se configura como uma defesa ou como metadefesa, tal como definido por Kaës (1979).

#### **11ª sessão**

Presentes: Rute, Ana, Marlene, Antônia, Ivone, Magali

Ana começa falando de sua viagem para o Rio de Janeiro, quando pergunto mais detalhes sobre a viagem, ela responde que não pode falar não.

Aponto os segredos e a dificuldade em se falar algumas coisas e o que poderia ser conversado ali, ficava “fora do grupo”.

Ana sorri.

Ana: Eu não consigo falar algumas coisas aqui.

Marlene: (Aponta algumas dificuldades em falar no grupo, por ficar com receio do que as pessoas vão pensar dela e que por causa disso, o grupo estava ficando muito sem graça, só queria falar no atendimento individual).

Ana diz que só consegue falar com a enfermeira e se inicia uma “disputa” entre elas em relação às coordenadoras. Rute diz que “gosta” das duas. Rute e

Ana começam a “disputar” sobre quem conhece as receitas para a cura com as “ervas medicinais”. Ambas começam a contar sobre os remédios caseiros que fizeram para os vizinhos e como eles ficaram bons. Aponto a competição entre elas e a disputa pelo poder da cura. Ana e Rute sorriem.

Nesse início de sessão, a partir da interpretação sobre os segredos (pactos denegativos) mantidos pelo grupo, houve um clima intenso de agressividade e emulação.

A agressividade poderia estar relacionada com a suspensão do recalque. Mas, também, com uma disputa pelo amor da coordenadora-mãe, aquela que “cuida e acolhe” as filhas. No entanto, há um deslocamento do poder designado às coordenadoras (a cura) para Rute e Ana. Supõe-se que disputam entre elas o lugar da coordenação-mãe, mas também, procuram apropriar-se de um poder próprio, de um resgate da potencialidade em “cuidar e acolher o outro”.

Ana começa a falar da insegurança em sua relação com uma pessoa do Rio de Janeiro – “não sei nada dessa pessoa e por isso não posso confiar, tenho medo de me machucar novamente.”

Marlene – Agora eu entendi o que está acontecendo. Por isso, que você não gosta de homens...

Ana – Eu não sou isso que você está falando aí, não!

Marlene – Não, eu estou dizendo que você tem medo de se relacionar com os homens, porque você já sofreu muito, como eu.

Rute – Eu não estou bem, minha gente! A minha filha que está esperando bebê, ela fez o ultrassom e não apareceram os bracinhos da criança. Eu estou com medo, porque ela tomou muito remédio para abortar essa criança. Eu tento confortá-la, dizendo que ela estava com os braços para trás na hora do exame.

Magali – Posso dizer uma coisa, eu acho que aconteceu isso com a sua filha, porque ela tomou o remédio para abortar, ela deve estar se sentindo mal agora com isso, deve estar culpada.

Rute – Mas, é mesmo, minha filha.

Ivone está chorando, pergunto a ela o que está acontecendo.

Ivone – Eu estou com muita dor de dente, não estou aguentando, não durmo há dois dias.

Pesquisadora – Você foi ao dentista?

Ivone – Não!

Rute me solicita para fazer uma reza em seu dente. Ela levanta e começa a rezar com a palma da mão sobre o rosto de Ivone. O grupo permanece em silêncio.

Ao final, Rute volta ao seu lugar e pede para Ivone ficar um pouco em silêncio. Ela apenas diz que a dor de dente passou.

Pesquisadora – A Rute é a curandeira do grupo.

Rute – Quem cura é Ele, minha filha. Eu só sou um instrumento.

Enfermeira – Ela é benzedeira!

Rute – Isso!

Fim da sessão.

Ana começa a falar sobre as suas dificuldades de relacionamento e nega uma identificação com a homossexualidade – “eu *não* sou isso que você está falando aí,

não!”. Não é possível nomear os desejos homossexuais, nem se falar sobre o tema. O encadeamento discursivo segue por um “caminho mais seguro e conhecido” – o sofrimento e o desamparo. Esses últimos temas norteiam os processos identificatórios grupais. Ou seja, é possível se identificar com o sofrimento, com o abandono, mas não com a homossexualidade, essa deve permanecer encoberta, “fora do grupo”, como um “isso”, indefinido e não-nomeado.

Considera-se que o tema enunciado por Rute foi um “desvio” do tema da homossexualidade, a fim de tratar dos temas já conhecidos pelo grupo, ao invés de aproximarem-se do “desconhecido”.

No entanto, o tema *substituto* é o aborto que revela a agressividade e a destrutividade da mãe aos filhos não-nascidos, assim como, a culpa desencadeada por essas fantasias e atos. O infanticídio surge como uma possível solução ao antagonismo – sexualidade e maternidade, que é nomeado por Magali, alguém que está “fora do grupo”, em função de sua posição distanciada. Este aspecto revela que algo que estaria “fora do grupo” expõe as contradições e aspectos denegados desse.

Supõe-se que a homossexualidade permanece recalcada e é transformada, através do mecanismo de sublimação, em um cuidado próprio da função materna, expressado pelo cuidado de Rute com Ivone, ao procurar “curar” sua dor de dente. Na ausência desses cuidados e de uma rede de proteção contra o desamparo, elas se unem e, através de uma aliança fraternal, cuidam umas das outras.

Da dificuldade para acolher e “cuidar” de sua filha, Rute assume o “cuidado” de Ivone, através de uma função significativa “a benzedeira”. Esta função intermediária foi analisada por Freud, em *Moisés e o Monoteísmo* (1939) e discutida por Kaës (2005b). Rute, assim como Moisés, cumpre a função de mediador, ao servir como espécie de tela filtrante entre a fonte de poder divino e os que são seus destinatários. Rute não cura, é apenas “um instrumento Dele”.

#### **12ª sessão**

Presentes: Rute, Antônia, Magali, Milena, Norma

Magali, como nas outras sessões, senta no canto da sala, fora do círculo.

Início silêncio.

Rute: E as nossas colegas, avisaram alguma coisa?

Pesquisadora: Sim, a Marlene estava com muita dor por problemas na coluna e já esteve hoje de manhã aqui. A Ivone ligou avisando que estava no trabalho e que não poderia vir.

Rute: Ela melhorou do dente?

Pesquisadora: Ela disse que ficou sem dor por dois dias e depois voltou a doer e ela está indo ao dentista, vai precisar arrancar o dente.

Rute: Está certo!

Silêncio.

Milena chega neste momento.

Milena: Desculpe gente, eu cheguei atrasada por causa do meu trabalho, eu estou com muito trabalho.

Silêncio

Norma: Eu que tive uma recaída no fim de semana.

Pesquisadora: Como foi isso, Norma?

Norma: Eu fui para uma festa, me deu vontade de beber e eu comecei a beber e não parei mais (ri).

Pesquisadora: E você tem idéia por que isso aconteceu?

Norma: Eu estava bem, me deu vontade de beber e eu bebi mesmo (ri).

Silêncio

Antônia: Eu passei com a Dra. R. (psiquiatra) e ela disse que eu estou bem, mas eu fico sempre pedindo exames para ela. Eu fico vendo na TV e eles ficam falando de AIDS e DST e eu fico achando que eu tenho isso. Eu já fiz o exame e não tenho nada, a Dra. R. disse que são feitos dois exames por ano, eu já fiz três. Ou então, eu acho que qualquer mancha é câncer de pele.

(Risos)

Rute: Isso tudo está na sua cabeça, você não tem nada não. Eu é que estou muito preocupada com a minha filha, ela não está bem. Estou com medo dela não aguentar essa gravidez. Não sei como está essa criança, porque no ultrassom não aparece os braços dessa criança.

Antônia: Ai, vai ver que o bebê, estava com os braços para trás.

Rute: Eu sei disso, minha filha, eu tento pensar positivo, mas tem hora que não dá! (começa a chorar). Ela não está comendo direito, porque também não tem dinheiro para comprar. Se vocês tiverem algo para ajudar, eu agradeço.

Pesquisadora: Você pode falar com a Assistente Social e ela pode te orientar onde conseguir cesta básica em alguns programas da Prefeitura.

Rute: Ela já pega cesta em um asilo.

Pesquisadora: Mas, poderá pegar em algum programa do município.

Antônia: Eu pego uma cesta básica todo mês.

Rute: Olha, a filha pode ter feito qualquer coisa, mas uma mãe quando vê um filho sofrer é muito duro. (Chora)

Interrompem o grupo e a enfermeira é chamada para medicar um paciente com urgência.

Rute enuncia o tema ausência das *nossas colegas* e surgem temas identificados como *pré-ocupações*, que sugerem uma ocupação e preenchimento de um *espaço vazio* – a preocupação com as doenças imaginárias, com a gravidez da filha de uma criança sem os braços – situações hipotéticas, mas que enunciam uma fantasia. E, encontramos um retorno às atividades já conhecidas como o “voltar a beber”.

As *doenças imaginárias* e o *filho sem os braços* sugerem uma fantasia de destrutividade presente em seu próprio corpo, como se este produzisse *anomalias* como doenças e filhos *defeituosos*. Essas fantasias destrutivas poderiam estar vinculadas aos espaços silenciosos entre as falas, revelando um componente persecutório e gerador de angústia. Importante lembrar que, a preocupação com a gravidez da filha de Rute revela os componentes destrutivos na maternidade como as tentativas de aborto, citados na sessão anterior.

O abuso do álcool por Norma não explícita, necessariamente, um componente destrutivo, poderia indicar a *busca de um prazer desenfreado* e a afirmação de um desejo – “eu bebi mesmo”.

Silêncio.

Milena: Eu também não ando muito bem, eu voltei a ter pesadelos, eu ando angustiada, eu estava bem. Mas, comecei a ficar ruim de uma semana para cá. Não sei se é porque eu trabalhei muito nestes dias, eu tenho, para você ter uma ideia, uma semana só de banco de horas.

Nossa! (Exclamam algumas pessoas do grupo)

Pesquisadora: São muitas horas mesmo. E talvez esteja ligado ao excesso de trabalho sim, mas também pode estar ligado à ausência do tratamento. Esse espaço é importante não só para a sua abstinência, mas para lidar com alguns sentimentos que estão ligados ao uso – desamparo, solidão, prazer, sexualidade, etc.

Milena: É que a gente acha que está bem e que não precisa mais de tratamento. Eu fico ansiosa e começo a comer, comer. Eu acho que eu engordei de novo nesta semana.

Antônia: Eu acho que você emagreceu.

Rute: Eu também acho!

Norma: Eu acho que você engordou.

Antônia: Eu também era assim como você, eu ficava igual. Me sentia angustiada, ficava triste. Agora eu estou nervosa, porque ninguém me deixa ir ao cemitério, eles falam que não tem ninguém lá para eu ir.

Rute: Mas, a sua mãe não está lá?

Antônia: É, mas eles não querem deixar porque estava indo muito. E eu fico em casa, eu fico comendo toda hora, igual a você.

(Silêncio)

Rute: Os meus filhos sempre foram criados comigo e veja só como eles me tratam, não estão nem aí comigo. Se não fosse esse aí, não sei o que seria de mim (aponta para a porta da sala, se referindo ao seu atual namorado). E tudo o que eu fiz por eles, me matei de trabalhar por causa deles. Eu não sou feliz com os meus filhos e agora estou muito preocupada com essa outra que está grávida, ela não está bem, só chora!

Antônia: O que eu acho engraçado é que a minha filha também não quis morar comigo, ela quis morar com o pai. Eu sofri muito com a decisão dela, mas hoje, ela me trata melhor que o meu filho que sempre viveu comigo. Ela é muito atenciosa, se preocupa comigo, me obedece, já o meu filho não está nem aí. Eu falo com ele e ele responde – “o que é?”.

Milena enuncia o tema da angústia e os *pesadelos*. Procura relacionar a angústia com o trabalho – *muito trabalho*. Nota-se que o significante *muito* é indicado por elas, como tentativas de enfrentamento dessa angústia – *comer muito, trabalhar muito, ir muito ao cemitério*. É possível que, através dos atos compulsivos, procuram negar a separação, a perda e a ausência.

Ausência enunciada desde o início da sessão e que poderia estar relacionada a uma angústia primitiva, originária, própria da condição desejante, própria da *feminilidade*. No entanto, as mulheres relatam que essa condição se torna insuportável,

transformando seu cotidiano em uma *busca desenfreada por um preenchimento desse vazio*.

Através do relato de Antônia, pode-se observar que essa condição insuportável não encontra uma continência ou possibilidades de transformação nos vínculos familiares – *ninguém me deixa ir ao cemitério*. Esses impõem normas proibitivas e restritivas dos atos compulsivos e que, até certo ponto, também poderá ser praticado pela instituição, através da imposição da abstinência ou do comparecimento ao tratamento.

Outro ponto enunciado na sessão está vinculado à imagem do corpo – *engordar ou não engordar*. Procuram lidar com a angústia, comendo compulsivamente, comportamento similar ao uso compulsivo de drogas e que se aproxima de algumas características da compulsão alimentar periódica, em função da perda do controle e do sentimento de culpa associado (BRASILIANO, 2005).

Considera-se, também que, a angústia apresentada na sessão precisaria ser investigada, assim como, os pesadelos citados por Milena, fundamentando as hipóteses consideradas.

A sessão termina com a discussão sobre a imprevisibilidade e incertezas, principalmente, na relação mãe-filho. Observam que não temos garantias nas relações afetivas e que, de forma paradoxal, aquele que está mais próximo é o mais distante e o que está mais distante é o mais próximo. A imprevisibilidade e incerteza remetem às relações estabelecidas no grupo, o que esperar dessas aproximações e distanciamentos contínuos (ausências)? Os encontros são semanais e mantêm uma regularidade, mas o que acontece e quem comparece aos encontros são imprevisíveis.

Da mesma forma, relatam que aqueles que são mais distantes (filha de Antônia) e não pertencem a família (namorado de Rute) assumem a função de cuidado. E, a nosso ver, se questionam se o grupo poderá assumir essa mesma função.

O relato de Antônia indica uma possível mudança das situações imutáveis (perda e ausência). Uma rejeição e afastamento inicial se transformam em aproximação futura. Considera-se que o encerramento da sessão, expõe uma possibilidade de transformação das perdas e ausências, indicando que as situações não são eternas e fixas.

### **13ª sessão**

Presentes: Rute, Ana, Magali, Marlene, Norma

Magali continua sentada no canto da sala.

Ana começa falando para a enfermeira que está para resolver a sua situação com o Conselho Tutelar e que está para receber novamente a guarda de seus filhos.

Enfermeira – Precisa resolver a sua situação logo mesmo.

Rute – Eu não estou muito bem, não, minha gente. Eu chorei muito nesta semana e acho que por uma besteira.

Pesquisadora – O que aconteceu?

Rute – O meu filho tinha uma cachorrinha e ela era uma graça, sempre quando eu chegava lá, ela fazia uma festa para mim, abanava o rabinho quando eu chegava. E meu filho fez uma maldade com ela, disse que ela latia muito e resolveu abandonar o animal, levou para bem longe de casa e a largou na rua. Quando eu soube, eu chorei muito, porque eu tinha muito afeto por esse animal.

Pesquisadora – Por que besteira, Rute? Você tem um carinho por esse animal.

Rute – Agora, quando eu chego lá na casa do meu filho, não tem ninguém para fazer festa, quando eu chego.

Algumas componentes começam a falar dos animais de estimação que possuem e do afeto dedicado a eles.

Rute – Eles até foram procurar o animal, mas não encontraram mais, estão achando que ele foi pego pela carrocinha. A minha filha disse que o meu filho não devia ter feito isso, porque viram como eu fiquei.

Nesse início de sessão, dois temas se repetem – a abandono e o cuidado. Dessa vez, o animal é abandonado porque incomoda e esse comportamento é considerado uma *maldade* com o animal e com a Rute. Há uma repetição da ausência de cuidados dos filhos homens com as mães – Rute, Antônia e Norma. O filho-homem assume um lugar associado à violência com a mulher-mãe, através das agressões físicas e da indiferença – “quando eu chego lá na casa do meu filho, não tem ninguém para fazer festa quando eu chego.” *Fazer festa* indica uma necessidade em ser notada, em ser cortejada e de ser importante para alguém. A filha-mulher, por sua vez, representa a cumplicidade com a figura materna – “a minha filha disse que meu filho não devia ter feito isso”.

Considera-se que a tristeza de Rute enuncia o tema do abandono pela figura masculina – era uma “cachorrinha”, fêmea. O abandono desse animal relaciona-se com o abandono que essas mulheres vivenciaram em suas vidas, revivem essa situação.

A cadeia associativa grupal enuncia os temas da dependência e da independência das figuras masculinas:

Silêncio

Marlene – Eu tenho uma novidade para contar, eu hoje vim sozinha para cá. Eu tremi muito de medo, meu coração bateu mais rápido, mas eu consegui vir e estou muito feliz por isso.

Pesquisadora – Parabéns. No começo, temos medo porque é uma situação nova.

Marlene – Eu não aguentava mais, K. Era muita dependência da minha família, eu precisava deles para tudo, a minha filha precisava ir comigo em tudo que era lugar, antes era o meu pai, agora ele não está mais conosco, ele está em Botucatu, então eu fico dependente da minha filha. Agora, quero ir sozinha para os lugares, quero retomar a minha vida.

Pesquisadora – É importante o que vocês estão falando sobre a dependência. A dependência do afeto dos animais e da falta que sentimos deles, e a dependência da família para o nosso ir e vir.

Marlene – Eu percebo que eu me apaguei nesses anos todos, primeiro eu dependia do meu marido, depois que ele morreu foi o meu pai, até quando vai isso?

Norma – Eu também dependia do meu ex-marido, o pai dos meus filhos. Mas, o relacionamento era muito ruim, ele também bebia e usava drogas, então discutíamos muito e por isso nos separamos e tiraram os meus filhos de mim (começa a chorar). A coisa mais horrível que tem é tirarem um filho de uma mãe. Por isso, eu quero me tratar e ficar boa para cuidar dos meus filhos, eu quero voltar a trabalhar e retomar a minha vida. Eu nunca tive sossego na minha vida, desde criança a minha vida sempre foi uma bagunça. (Começa a contar de sua infância e da tentativa de seu pai para matá-la, crucificando-a em uma cruz, conta que ele não queria uma menina e sim um menino, e não a aceitava por isso).

Ana – O meu pai nunca me deu uma boneca, eu sempre quis ter uma boneca, mas eu nunca tive, sempre tive brinquedos de meninos.

Pesquisadora – Importante o que vocês estão falando, porque parece que vocês não tiveram uma permissão para “ser mulher ou tornar-se mulher”. Quando tiveram essa experiência com a maternidade, os filhos foram retirados de vocês. Ser mulher não era bem-vindo.

Rute – (Começa a contar o quanto era ligada em sua mãe e o quanto sofreu quando ela morreu. Conta os episódios de traição de seu pai e de uma tentativa de agressão a ela, quando foi contar que seu pai estava traindo a sua mãe). Eu não esqueço isso, minha filha, inclusive quando meu pai estava doente, quase para morrer, ele lembrou este episódio e me pediu desculpas, e eu disse que não tinha problema mais não.

Marlene relata a sua anulação como mulher e como sujeito, apoiando-se no ex-marido e na figura paterna – “eu me apaguei nesses anos todos”. Ressaltamos o significante *apagar*, enunciado por Marlene, que produz uma ressonância com o *apagamento dos traços femininos* pela figura paterna na história de algumas mulheres do grupo – Norma, Ana e Rute –, ou seja, representam a denegação da singularidade feminina e a negação de sua própria existência.

Norma representa esse aspecto de forma mais violenta, *ser mulher* representava uma ameaça a sua sobrevivência. Violência exercida pelo pai contra ela, utilizando rituais de sacrifício do bode expiatório – “crucificando-a em uma cruz”. Supõe-se que sua existência foi sustentada pela denegação de sua condição feminina e de sua vulnerabilidade (feminilidade), essa operação resultou em assumir uma postura viril e desafiadora nas situações de sua vida. Na maternidade, encontrava o resgate do ser feminino, mas perdeu a guarda dos seus filhos, resultando em uma queda vertiginosa em uma dimensão do *não-ser*, pois a mulher viril que enfrentava vizinhas, que buscava drogas *sem precisar de nada*, constituiu-se como defesa, diante da *impossibilidade de ser mulher* – “eu nunca tive sossego na minha vida, desde criança, a minha vida sempre foi uma *bagunça*”.

Podemos supor que Norma procura se identificar com as figuras masculinas para sua sobrevivência psíquica e existência, inclusive, no uso de substâncias psicoativas, pois seu início foi com o ex-marido. Quando relata – “a coisa mais horrível que tem é tirarem um filho de uma mãe” – supõe-se que esse horror é insuportável, porque ser mãe era a sua única garantia como existência feminina, ser mãe significava a única possibilidade em *ser mulher*.

Rute foi castigada pelo seu pai, por revelar a sua mãe, a traição dele. Supõe-se que há uma aliança inconsciente entre a mãe, a filha e o pai, aliança essa que permanece entre as gerações, mantendo mãe e filha no lugar de mulheres traídas, abandonadas e agredidas pelo pai-marido-homem. Nas primeiras sessões, Rute relata as fantasias de traição do marido em relação a ela, que motivavam as agressões. Da mesma forma, relembra que precisou enfrentar a separação de seu marido sozinha, pois não contava com a ajuda de sua família e, principalmente, de seu pai. Em outras sessões, relata que o abandono e a decepção no casamento, seria uma herança às mulheres de sua família.

Ana também relata que nunca teve uma boneca de seu pai, mas sempre teve brinquedos de meninos.

Através desses relatos, observa-se que às mulheres foram designados alguns lugares e papéis na configuração familiar e social – a mulher abandonada, traída e agredida e a mulher que tem sua singularidade feminina negada.

Ana começa a chorar.

Pesquisadora – O que foi Ana? Por que você está chorando?

Ana – Porque eu começo a lembrar do meu pai, eu sinto muita falta dele. As pessoas falam muitas coisas dele, mas eu era muito ligada, aonde ele ia, me levava junto – ia a bares, eu estava junto dele.

Silêncio.

Rute – Eu era muito ligada com minha mãe, vocês sabem que eu mamei no peito até oito anos.

Norma – Eu também!

Rute – Eu era já menina grande e minha mãe teve os meus irmãos e eu ainda queria mamar no peito, porque só assim eu dormia. Quando ela chegava da roça, eu molhava os pulsos dela, para esfriar o leite – isso era coisa da minha cabeça, eu achava que assim ia esfriar o leite (risos) – e aí eu mamava, mas mamava tanto que as minhas irmãs tinham que me carregar no colo para eu dormir na cama, porque ali mesmo eu ficava.

Pesquisadora – Um peito com leite que nunca acaba, um carinho que nunca termina.

(Risos)

Nota-se, pelo discurso, as referências identificatórias com as figuras parentais nos casos de Ana e Rute. Ana relata o intenso vínculo com o seu pai e os sentimentos ambivalentes, quando se depara com as histórias contadas sobre ele. Ela acompanhava

seu pai em bares e esses hábitos lhe apresentavam ao uso/abuso de bebidas alcoólicas. Lembramos que a história de Ana, em relação ao abuso de bebidas alcoólicas, acontecia nos períodos noturnos e em bares, situação em que “abandonava” seus filhos, após as frustrações com o seu casamento. Pode-se supor que ela buscava reviver as experiências infantis prazerosas com o seu pai nesses bares – o “copo era seu amigo” – como relatou em uma das sessões. Além disso, a identificação com o seu pai, a negação da sua feminidade (“nunca ganhou uma boneca”) e o abandono/separação precoce de sua mãe contribuíram para uma possível homossexualidade – deseja *ser* o seu pai.

Por sua vez, Rute relata o intenso vínculo com a sua mãe, figura com a qual se identifica na posição abandonada/traída pelo marido e através do uso abusivo do álcool. A intensidade desse vínculo é marcada pela amamentação até os oito anos de idade e pela importância desse contato corporal com a mãe. Esse contato caracteriza-se por intensa excitação e satisfação, “mamar no peito” a fazia dormir, após estar “saciada”. Rute enuncia a intensidade no contato a figura materna e com o seio, experiência que Norma também se identifica. Essa intensidade não poderia ser abandonada – “minha mãe teve os meus irmãos e eu ainda queria mamar no peito”, revelando que a separação e a renúncia da mãe para dividir com os irmãos eram intoleráveis.

“Um peito com leite que nunca acaba, um carinho que nunca termina” expressa uma ilusão de completude e infinitude na experiência primitiva com a figura materna, revivida no grupo como uma ilusão grupal. A situação de grupo produz uma regressão cronológica no narcisismo primário, ou seja, procura-se realizar uma fusão com o seio, fonte de todos os prazeres, e a restauração introjetiva desse primeiro objeto parcial de amor perdido. “O grupo se torna, para os membros, o substituto desse objeto perdido” (ANZIEU, 1993, p. 64). Indica-se também que, a experiência de completude indica a profunda ligação homoerótica com a mãe. Em seus braços, o bebê vivencia o primeiro projeto psíquico e uma marca corporal dos futuros relacionamentos sexuais e amorosos (MCDOUGALL, 1997).

Portanto, Rute enuncia essa experiência primitiva, de uma restauração introjetiva do primeiro objeto parcial, contrapondo-se à experiência traumática do desamparo vivenciada por essas mulheres na relação com as figuras paternas. Deve-se ressaltar também que Ana apresenta outra referência da figura paterna – presente e afetuosa – e que se contrapõe ao abandono/separação precoce de sua mãe.

**14ª sessão**

Presentes: Ana e Ivone (chegou atrasada)

Começamos o grupo 15' atrasado.

Enfermeira: Nós atrasamos o grupo, porque eu estava medicando um paciente.

Ana: Ainda bem que começou, eu estava quase indo embora.

Pesquisadora: Por quê?

Ana: Antes eu tivesse ficado onde eu estava, estava muito melhor do que aqui. Nunca que começava. Eu quase que não vinha, eu falei para a minha irmã: “eu acho que eu não vou, não!” E ela disse para eu vir, porque senão eu poderia ser prejudicada. Porque eu vou dizer, as coisas não estão fáceis, não! Eu estou trabalhando na Samcil, como eu já falei e eles prometeram uma coisa e não estão cumprindo. Falaram que teria vale-transporte, vale-refeição e até agora eu não vi nada disso! Eu visito vários clientes e até agora nada, só ouço: não! Eles tem todo tipo de preço de convênio médico, desde os mais baratos até os mais caros, mas não estou conseguindo vender.

Enfermeira: É que não é fácil mesmo, Ana. Vender na rua acontece isso mesmo!

Ana: Eu estou fazendo isso por causa dos meus filhos, senão eu nem estaria mais lá.

Enfermeira: Você já está com a guarda dos seus filhos?

Ana: Não, mas passei com eles nesse fim-de-semana! Estou esperando isso ficar resolvido, porque eu estou bem, todo mundo nota que eu estou diferente, estou mais séria e preocupada com eles. Antes, eu saía e deixava eles sozinhos, agora não estou querendo mais saber disso. Até a minha irmã diz: “Você está mudada, hein”. E a minha outra irmã agora está querendo comprar os meus filhos, eu fiquei danada com isso, você acha que pode, querer comprá-los com presentinhos, com um monte de coisa. Porque eles estão com ela, mas se ela pensa que vai conseguir ficar com eles dando presentinho, está muito enganada. Quem sentiu a dor do parto, quem ficou cuidando deles por todo esse tempo fui eu, ela não vai ficar com eles só com presente. Meu filho até percebeu e disse: “é, mãe, a tia fica querendo me dar presente para me conquistar”. Eu tenho medo da minha filha mais nova que é mais bobinha!

Com o atraso para o início da sessão, Ana ataca as coordenadoras do grupo – “eu estava quase indo embora”, “antes eu tivesse ficado onde eu estava, estava muito melhor do que aqui”. Esse ataque pode ser relacionado com a mudança do enquadre e de sua estabilidade, *não está sendo cumprido o que foi prometido* – “eles prometeram uma coisa e não estão cumprindo”. A espera é associada à fantasia de ausência/abandono da figura materna para os cuidados com os *outros filhos* – “medicação de outro paciente”. Logo em seguida, começa a relatar as dificuldades de sua vida e a importância desse espaço como continência e possibilidade de transformação das vivências de desamparo – “as coisas não estão fáceis, eu só ouço: não”. O grupo e a nossa presença configuram-se como uma contraposição ao “não”.

A ambivalência em relação ao grupo está sempre presente em seu discurso e, dessa vez, compareceu em função do controle exercido pela irmã. Ressalta-se a função dessa irmã como uma instância de controle social e de uma função superegóica,

indicando que o seu vínculo com o tratamento é, também, fruto do medo da punição com uma possível desistência. Ao mesmo tempo, no discurso de Ana, há uma referência ao sacrifício constante que precisa fazer em nome dos seus filhos – *a maternidade exige renúncias*. Considera-se que Ana enuncia a função de controle e julgamento no grupo (superego).

Essa instância de controle e julgamento surge no discurso de Ana em relação às suas mudanças – “mais séria e preocupada com meus filhos”, “todo mundo nota que eu estou diferente”. Essas mudanças são validadas pela família (irmãs), consideradas como um “bom” comportamento.

Por outro lado, o “bom” comportamento não é a garantia para ficar com seus filhos. Há o risco da sedução com os “presentes”, indicando a rivalidade entre as irmãs na conquista dos filhos. É interessante notar que por esse discurso, os filhos assumem um lugar de “prêmio” por uma conquista e ao mesmo tempo, há um risco constante de perda.

(Ivone chega nesse momento com seu filho adotivo na sala)

Ivone: Oi, S., você voltou (para a enfermeira)? Esse é meu filho, K.! Cumprimenta a tia, Ke. e a outra tia também!

Enfermeira: É, eu por enquanto, não vou precisar mudar a minha vida, vou continuar com vocês no período da tarde<sup>35</sup>.

(Ana sai de seu lugar e senta-se próximo à janela da sala, perto da enfermeira)

Ivone: Desculpe o meu atraso, é que eu estava com a minha tia no hospital, a noite toda! Eu nem dormi direito nessa noite, fiquei no hospital com ela!

Ana: O que ela tem?

Ivone: Câncer na garganta, diabetes... Agora só na mão de Deus, mesmo. E eu estou sem dormir direito, porque estou ficando com ela direto. Eu também nem dormi direito estes dias, por causa do meu filho, ele me fez passar tanto nervoso. Ele toma as pingas dele e vem me atrapalhar a vida. Disse que vai me denunciar para o Conselho Tutelar, vai tirar o meu filho de mim. Vai fazer de tudo para eu perder o Ke. As minhas tias estão vendo que eu estou bem, todo mundo está falando e estão dizendo que sabem que ele é que atrapalha a minha vida. Outro dia, eu chamei a polícia e ele ficou quietinho, quando o policial estava falando com ele. Disse que se ele não parasse, ia bater muito nele, porque ele não aguentava mais ser chamado por causa das brigas que ele arrumava comigo. Todo mundo está de prova, antes eu comprava escondido e guardava em casa, eu nunca fui de ficar em bar, eu comprava no supermercado e guardava em casa, agora pergunta para o Ke. o que é que tem em casa?

Ke.: Refrigerante!

(Risos)

Pesquisadora: Vocês estão falando sobre situações ligadas à traição e ao não reconhecimento pelos cuidados com seus próprios filhos. Sempre vivem a situação de que podem tirar a guarda ou que alguém poderá conquistá-los.

Ke.: Mãe, eu quero beber água!

Ivone: E agora?

---

<sup>35</sup> A enfermeira comunicou ao grupo uma possível mudança de seu horário, que a impossibilitaria de permanecer nesse grupo. No entanto, não foi preciso realizar a mudança.

Pesquisadora: Pode ir, pode ir!  
Ke. sai sozinho da sala.

Ivone não só enuncia o tema da sessão – filhos – como comparece com ele. Ivone faz referência à presença da enfermeira, mas não comenta a ausência de outras pacientes, assim como Ana. Há uma denegação desse conteúdo, como se não existissem outras mulheres no grupo e supõe-se que esse aspecto está relacionado com a rivalidade e competitividade com as *irmãs*, a ausência exclui a disputa.

Ivone mantém o discurso (e a correspondência ao ideal) de um “bom comportamento” – “cuidar da tia no hospital”. Mas, ao mesmo tempo, denuncia que não está bem, *em função de seu outro filho*, que a ameaça com o Conselho Tutelar e com a perda da guarda do filho adotivo. Há uma insistência no discurso de Ivone para confirmar que está bem, através do “olhar” e da avaliação do outro: “as minhas tias estão vendo que eu estou bem”, “todo mundo está falando... ele é que atrapalha a minha vida”, “todo mundo está de prova”. Observa-se que a instituição utilizada como instância de vigilância, punição e coerção é o Conselho Tutelar, validada pela família, porque o discurso de Ivone *só pode ser validado pelo outro*. Ivone precisa confirmar, insistentemente, que só bebe *refrigerante*, fato que nos faz refletir sobre uma dificuldade na manifestação de seu estado emocional ou sobre um retorno ao uso de bebidas alcoólicas. Sua negação de uma possível recaída implica em uma proibição do/no grupo desse conteúdo.

Outro aspecto a ser salientado é a referência a lugares contraditórios destinados aos filhos – aqueles que nos protegem, exigem o “bom comportamento” e uma mudança de atitude; e aqueles que nos agridem, atrapalham a vida e ameaçam – *o filho que protege e o filho que ameaça*.

Enfermeira: Você já está com a guarda de seu filho, Ivone?

Ivone: Sim, já estou, eu fiquei com a guarda dele, desde o começo do ano.

Enfermeira: Mas, é importante tudo o que vocês fazem agora, não beber...

Ivone: Eu não estou bebendo, eu não estou bebendo! Eu estou engordando, porque eu estou me alimentando bem. Lá no hospital, eu levo comida para passar a noite, porque eu estava gastando muito comendo por lá, então eu faço a minha sacola e levo tudo – pão de queijo, café, suco. Aí, lá no hospital, todo mundo fica querendo da minha comida.

(Risos)

Ivone: Eu ajudo as enfermeiras lá no hospital, eu dou banho, dou comida, porque são muitos e as enfermeiras não dão conta. Eu acho que não custa nada para mim, eu já estou lá mesmo.

Ana: A minha família que fica boba com a minha mudança. Outro dia, me convidaram para sair e eu não quis ir, disse: “não, vou ficar aqui mesmo” e

minha irmã disse: “você está mudada, antes não parava em casa” e eu disse: “pois é isso mesmo”.

Ivone: Acho que eu vou ver onde ele está. Está demorando muito.

(Silêncio)

Ana: Ela está falante hoje... está diferente!

Enfermeira: É verdade, eu estou achando que ela está diferente hoje, mesmo.

Pesquisadora: Porque você acha que ela está falante hoje, Ana?

Ana: Sei lá, ela que deve saber o que ela anda fazendo por aí! Eu só sei de mim. Deve ser sono, ela disse que não dormiu direito.

(Silêncio)

Ivone volta com o seu filho.

Ivone: Ele estava bebendo água e olhando os objetos de artesanato!

(risos)

Ivone: Qualquer dia desses, Ke, eu te trago no artesanato para te ensinarem a fazer os objetos com jornal.

Ke.: Eu gostei daquela casinha!

(risos)

Ana: S., eu acho que eu vou mudar para Salvador! Eu não consigo me acostumar com o povo daqui, parece que lá as pessoas são mais amigas do que aqui. Eu sei que em todos os lugares, tem todo tipo de gente.

Enfermeira: É verdade, em todos os lugares você pode encontrar todos os tipos de pessoas.

Ana: Mas, lá é diferente, tem as praias e os meus filhos vão poder se divertir mais, lá também tem a minha madrinha, que eu gosto muito e eu vou poder ficar na casa dela. Só estou esperando resolver essa situação com os meus filhos, porque eu não vou sem eles. Porque eu já me machuquei muito, já sofri muito nos relacionamentos, eu até gostaria que o meu marido voltasse, o pai dos meus filhos, mas ele não vai mudar, eu queria que ele fosse outro homem, mas ele não é! Então, prefiro ficar sozinha e cuidar dos meus filhos.

Pesquisadora: Hoje, você não quer nenhum relacionamento, Ana, mas você não sabe amanhã, hoje você está magoada, mas as coisas podem mudar.

Ana: É, a gente nunca sabe o que pode acontecer.

Pesquisadora: Vamos terminar a sessão?

Já todos em pé.

Ana: Ainda bem que você não saiu do grupo, S. Eu ia sentir a sua falta. (Olha para a pesquisadora e diz). Eu estou brincando, K.

(Fim da sessão)

Ao final da sessão, a enfermeira me conta que sentiu hálito alcoólico em Ivone.

No decorrer da sessão é enunciado o ideal de grupo, validado pela família e pela instituição de tratamento – “não beber”, “eu não estou bebendo”. Esse ideal expulsa tudo o que é diferente e o que não correspondente ao “bom” comportamento. O problema é que o sentido do alcoolismo não pode ser conhecido e não é possível acolher “esse comportamento” em situações de “mudança”. Ao mesmo tempo, as mulheres relatam que o alcoolismo é incompatível com a maternidade – guarda dos filhos – incompatibilidade atestada pela família e por instituições de controle social.

Em função da expulsão do que é “diferente”, a “mudança” de Ivone nesse dia não pôde ser dita, permanece em um terreno obscuro, como um segredo “dito e não dito” – “ela deve saber o que anda fazendo por aí! Eu só sei de mim. Deve ser sono”. As “outras questões” são adormecidas pela presença dos filhos e essa centralização é

observada nesta sessão, pelos temas e pela presença do filho de Ivone. Supõe-se que essa presença impede a emergência de alguns temas que não poderão ser discutidos.

Já discutimos em sessões anteriores, como a maternidade se impõe como negação da sexualidade, aspecto observado no discurso de Ana – “prefiro ficar sozinha e cuidar dos meus filhos”. Sugere-se que a maternidade e o uso do álcool cumprem uma função de negação da sexualidade, uma função de amortecimento e anulação do desejo sexual.

Ao final da sessão, observa-se a mudança em Ana, diferenciando a dimensão do real e da ilusão – “eu queria que ele fosse outro homem, mas ele não é!”. E a partir dessa mudança, pode criar projetos futuros para ela e para seus filhos, procurando suas referências identificatórias da infância, *um retorno ao lar*. Talvez, por essa razão, consegue agora “brincar” com as cargas afetivas projetivas dirigidas para as coordenadoras – há uma integração dos aspectos bons e maus das figuras femininas.

#### 15ª sessão

Presentes: Rute, Marlene, Ivone, Madalena, Margarete

Procuramos outra sala para fazer o grupo, porque a sala em que fazíamos habitualmente o grupo estava com a janela quebrada e impossibilitava abrir. Ficamos no andar inferior do CAPS, onde funciona o refeitório.

Pesquisadora: Temos uma pessoa voltando ao tratamento, que estava sumida – Madalena. Como você está?

Madalena: Então, eu estou bem. A enfermeira me disse que eu iria para o pré-alta. Eu não estava vindo ao grupo, porque eu fui viajar.

Pesquisadora: O que você acha de ir para o pré-alta?

Madalena: Eu estou bem, eu só queria parar de fumar. O que eu posso fazer?

Marlene: Eu também, K. Eu estou fumando muito.

Ivone chega nesse momento.

Ivone: Olá, gente. Tudo bem?

Ivone olha Madalena e a cumprimenta: “Olha só quem está aqui?”

(Risos)

Margarete: Eu também estou fumando muito. É um atrás do outro.

Pesquisadora: Em que momento que vocês percebem que fumam mais?

Ivone: Eu acho que é à noite, eu não consigo dormir e fico fumando.

Margarete: Eu também. (Pausa) Eu, às vezes, sinto uma vontade!

Ivone: Vontade de quê? De sexo?

Margarete: É. Eu não posso falar isso para a minha mãe, o que ela vai pensar de mim. Ela já é viúva há muitos anos e fica bem sozinha. Eu não, eu sinto falta.

Ivone: Eu não consigo dormir à noite e fico só pensando. Aí, vou e acendo um cigarro para passar a vontade.

(Risos)

Um dos pontos a ser destacado nessa sessão refere-se à alteração do enquadre com a mudança do local para o *subsolo* da instituição. Diversamente das sessões anteriores, essa mudança possibilitou o acesso a conteúdos *submersos* e *escondidos*.

Possibilitou uma integração entre as componentes e o respeito das diferenças. Sugere-se uma analogia com a sala, onde o grupo funcionava habitualmente e a sua janela quebrada, impossibilitando a sua abertura – *nada sai e nada entra, tudo permanece em seu lugar, imobilizado*.

No *subsolo*, os conteúdos foram mobilizados, possibilitando uma *ventilação* e circulação das fantasias, papéis e funções intermediárias. Um dos aspectos revelados foi a associação entre o ato de fumar e o desejo sexual, mais especificamente, o adormecimento do desejo sexual. Nota-se como foi enunciada essa relação fumo-desejo sexual – “eu sinto uma vontade!”, “Vontade de que? De sexo?”, “É” – ela foi sendo construída pela cadeia associativa grupal, inicialmente, pelo significante “fumar muito” e, através da investigação do sentido do uso, a revelação de uma “vontade” sexual insatisfeita. O uso do cigarro é a expressão direta de um desejo sexual que precisa ser recalçado e adormecido – “eu não consigo dormir à noite e fico só pensando... acendo um cigarro para passar a vontade”, relata Ivone, que na sessão anterior também trouxe a dificuldade para dormir pelo motivo de cuidar da tia e brigar com o filho. Supõe-se que, para Ivone, a função de cuidar da tia e brigar com o filho são substitutos da satisfação do desejo sexual.

Os vínculos familiares cumprem uma função co-recalcadora do desejo sexual feminino, enunciados por Margarete, que teme o julgamento moral da mãe viúva que “fica bem sozinha”. A noção de uma função co-recalcadora de mais de um outro deduz-se das concepções freudianas, a propósito das exigências parentais em relação às realizações pulsionais e fantasmáticas da criança. Essa concepção não contradiz que a operação do recalçamento é individual, mas o recalque não poderá ter êxito sem as contribuições exteriores – as proibições pronunciadas por uma instância parental e porta-voz das exigências culturais (KAËS, 1997).

Margarete: Eu comecei a beber por causa disso. Eu chegava à noite, ia fazer um carinho no meu marido, ele resmungava. Encostava nele e ele me empurrava pra lá. Aí, o que eu comecei a fazer. Comecei a beber, pelo menos, eu não sentia nada. Dormia e esquecia.

Ivone: Mas, eu não quero pegar qualquer um não. Eu tenho muito medo de quem eu vou colocar dentro de casa, porque eu já sofri muito. Eu já apanhei, e só depois que eu aprendi a bater também. Quando eu era mais nova, eu tinha muito medo de engravidar.

Margarete: Pode pegar doença também.

Ivone: Doença eu nem pensava, eu pensava mesmo em ficar com barriga. Eu tinha medo e evitava todo mundo. Depois, comecei a me soltar e passei a ser muito namoradeira. Agora, eu evito todo mundo.

Margarete: Eu também, às vezes, eu penso que nunca mais vou querer ficar com outra pessoa. Porque sofri muito com o meu marido.

Margarete associa também o álcool como amortecimento do desejo sexual, após as insatisfações sexuais do casamento – “eu não sentia nada. Dormia e esquecia”. Citamos Freud (1908), ao analisar as sanções diferenciadas (menos severas) para as transgressões masculinas comparando-se com as mulheres, no que diz respeito, às satisfações sexuais fora do casamento. Em uma sociedade, onde se aumentam as necessidades individuais, a ânsia de prazeres, os estímulos aos prazeres intensos e o encorajamento da sensualidade, qual a possibilidade de satisfação para as mulheres que não seja o casamento? Margarete e Ivone amortecem (e não satisfazem) os seus desejos com o uso do álcool.

A moral sexual “civilizada” é evidenciada pelo discurso de Ivone e Margarete sobre as escolhas dos parceiros sexuais e os riscos possíveis em “sair com qualquer um”. Relatam a dificuldade na satisfação sexual e nos encontros amorosos em um cenário vulnerável para as mulheres, considerando as relações de poder exercidas pelos homens. Até esse momento, aos homens são atribuídos os aspectos negativos (*imago má*) – violência, frustração sexual, sofrimento, gravidez indesejada, doenças –, assim como, uma possibilidade de escolha e saída para estas situações. Para a mulher não há escolha, resta apenas o sofrimento, aspecto comum entre elas. Para evitar o sofrimento e a gravidez indesejada, se evita o contato sexual e as relações afetivas – “nunca mais vou querer ficar com outra pessoa”.

Salientamos a forma de Ivone para lidar com essas questões, revela uma dificuldade em encontrar uma posição intermediária – oscila entre evitar completamente o contato e entregar-se aos parceiros (namoradeira) – *é tudo ou nada*. Nota-se que a função “namoradeira” já foi assumida por Rose no grupo.

Rute: Não é assim não, minha gente. Eu casei três vezes, e fui infeliz nas três. Agora, eu estou com o meu “louro” e estou feliz. Inclusive, eu estou muito feliz porque a família dele está me aceitando, a filha dele disse que não imaginava que eu era essa boa pessoa. Eu estou muito feliz.

Pesquisadora: Está com uma fisionomia de felicidade mesmo, Rute. Evitar nem sempre é a única maneira de se lidar com a vida sexual e emocional.

Margarete: Eu só vou querer alguém daqui a um tempo.

Madalena: Quanto tempo você se separou do seu marido?

Margarete: Quatro meses.

Madalena: É recente ainda. Por isso, logo você vai esquecer e ficar com alguém. Eu fui feliz nos meus dois casamentos e estou feliz agora com o meu namorado. Eu só não quero casar, só namorar está bom.

Marlene: Eu acho um barato quando ela diz isso, porque todo mundo quer casar e ela não. Às vezes, em casa, eu fico pensando no que você diz.

Madalena: Eu acho que não precisa morar junto, namorar está bom. Eu já fui casada e agora eu quero alguém para me divertir, sair, viajar.

Margarete: Sexo não tem?

Madalena: Lógico, que tem! E sexo também, mas não precisa morar junto.

Rute: Eu já quero morar junto, mesmo. Dormir e acordar junto.

Pesquisadora: Acho que vocês vão falando da diferença do desejo e da necessidade de cada uma e como lidam com esse desejo. Madalena diz que não precisa morar junto, não quer um marido e sim um namorado. Alguns rituais do namoro são esquecidos no casamento. Algumas coisas mudam com a convivência e o dia a dia. Outra coisa que eu acho importante, é a forma como vocês lidam com o desejo sexual, o que estão fazendo para lidar com o “tesão”? Estão fumando, estão bebendo, estão tomando medicamentos, ou seja, estão tentando abafar e esquecer o desejo, que é natural de toda mulher.

Margarete: É bom falarmos isso aqui, minha mãe não pode nem pensar sobre isso, eu não posso falar isso com ela. O que ela vai pensar de mim?

Pesquisadora: Isso que você diz, Margarete, pode estar relacionado com a visão que se tem da mulher, que ela não pode ter desejos, que isso cabe ao homem e não a mulher.

Margarete: Inclusive, acho que podemos falar isso aqui, porque estamos entre mulheres, senão não seria possível falar sobre isso.

Pesquisadora: E o que vocês estão fazendo para realizar esse desejo? Estão se escondendo dentro de casa.

Ivone: É verdade, eu não saio para lugar nenhum, as pessoas até me chamam para sair, tem rapazes que estão interessados em mim, mas só quero um cara rico, que tenha carro e que me leve para passear.

(Risos)

Rute: Não, é assim não, minha gente, o meu louro não tem carro e estou feliz com ele.

(Risos)

Rute assume uma função intermediária, compartilhada por Madalena, apresentando outras possibilidades no relacionamento com os homens, possibilita o *trânsito*, uma *passagem* entre o “homem mau” e o “homem bom” – *nem isso, nem aquilo* (homem idealizado, irreal) – apenas um homem *possível* e uma relação *possível*.

O diálogo entre Marlene, Madalena e Rute revela o aparecimento das diferenças sobre namorar e casar, diferente de momentos anteriores em que prevalecia a homogeneidade e o isomorfismo (KAËS, 1997). É interessante como Madalena acolhe o sofrimento de Margarete, pois em sua história viveu constantes perdas por falecimento dos companheiros, parece que ela pode acolher o outro, dizendo – *é possível*. Outro aspecto importante é o discurso de Marlene ao se referir à Madalena – “às vezes, em casa, eu fico pensando no que você diz”, uma menção ao mecanismo de introjeção das figuras e conteúdos do grupo, contribuindo para um “pensar com” através das diferenças, da *alteridade*.

O “pensar com” vincula-se ao trabalho psíquico da intersubjetividade e as condições pelas quais o sujeito (sujeito do grupo) se constitui. Essa hipótese admite que cada sujeito na sua singularidade adquire, em graus diversos, a aptidão de significar e

interpretar, de conter ou rejeitar, transformar e representar objetos e representações que pertencem a outro sujeito.

No entanto, é possível apenas pensar e suportar as diferenças nas escolhas e relacionamento conjugal, não é a mesma situação para as diferenças de gênero e de geração, expressadas por Margarete em relação às figuras masculinas (gênero) e a sua mãe (geração). Enfoca-se que essas figuras representam a censura do desejo – o homem e a mãe, pois sua presença inibe a expressão e a elaboração. O homem e a figura materna são excluídos como condição para a emergência da sexualidade feminina.

É importante salientar as diferentes representações da figura materna. Em sessões anteriores, ela representa a satisfação plena e a completude – *imago da mãe boa*, assim como, uma mãe que abandona – *imago da mãe má*. Nessa sessão, a figura materna está vinculada a instância moral e repressora, co-responsável da função de recalque da libido – “o que ela vai pensar de mim?”. Para Margarete, essa figura parece surgir como uma imposição (traumática?) de um modelo hegemônico, uma mulher que só deve satisfazer suas necessidades sexuais através do casamento, mesmo na ausência (perda, separação, morte) do marido – “é viúva e fica bem sozinha.”

Ivone começa a contar de seus relacionamentos passados e do seu sofrimento. Pega uma foto de seu ex-marido e mostra para as componentes do grupo. Passa a mostrar todas as fotos do álbum, de seus parentes e de quando era mais nova.

Ivone fala que não trouxe o seu filho hoje, porque ele ficou com sua tia. Retomo a questão no grupo sobre como poderíamos lidar com essa questão.

Margarete pergunta a idade dele e Ivone diz : “sete anos”.

Margarete: Ah, já entende as coisas! Eu acho que não deveria ficar no grupo, não. Porque a gente não pode falar muitas coisas.

As outras mulheres concordam com Margarete.

Pesquisadora: Se ele estivesse presente hoje no grupo, não poderíamos ter a sessão que tivemos hoje.

Ivone: É que, às vezes, eu trago, porque não tenho com quem deixar. Hoje, a minha tia ficou com ele.

Pesquisadora: Não tem problema, você traz e ele pode ficar com as meninas da recepção lá em cima.

Rute: (Começa a falar sobre o fato de estar engordando muito, já foi no médico, fez ultrassom e está aguardando o resultado).

Ivone fala que também está engordando e que está preocupada.

Rute: Você está bem, minha filha, eu é que estou deformada e eu não como muito, hoje eu nem tomei café da manhã.

Ivone: Eu estou comendo muito, eu não paro de comer, como toda hora.

Faço uma orientação a respeito da alimentação, não é parando de comer que vai emagrecer e associo o comer muito com o “muito” que apareceu na sessão: fumar, beber e desviar a atenção do desejo. Ao informar que a sessão estava no fim, Madalena diz: “Que pena!”

Nesse final de sessão, outros temas “ocupam” o lugar da sexualidade feminina – a fotografia dos familiares (ex-marido, parentes e ela mais nova) de Ivone, a criança e a preocupação com o corpo.

Supõe-se que os temas tem a função de desvio da sexualidade, mas carregam em sua essência relação com este. As fotografias de Ivone remetem a um *tempo passado* – ex-marido e ela mais nova. As imagens fotográficas são representações da ausência pela presença – vejo o que não está mais, o que já foi, o que passou: o ex-marido e a Ivone mais nova. Uma ausência que é insuportável e precisa da *foto-presença* para suportar a angústia. Nesse sentido, não processo de simbolização da ausência, ela precisa ser negada pela reativação da lembrança fotográfica.

Chamamos a atenção para o significante “comer muito e engordar” que retorna nessa sessão. O tema “comer muito” e a imagem do corpo, além da associação com a satisfação substituta do desejo apontada pela interpretação, pode significar a representação do corpo feminino, de suas necessidades, “deformidades” e de sua erotização. O olhar para si mesmo e para o próprio corpo é um sentido inverso do que observamos em sessões anteriores – “não ver”. Os olhares na sessão percorrem o caminho das fotos *passadas* (quem eu era e quem era o outro) para o próprio corpo no *presente*.

#### 16ª sessão

Presentes: Rute, Marlene, Ivone, Mariana, Margarete, Gisele, Ana

Margarete: Nós estávamos conversando com as estagiárias. A Rutinha gosta de ficar conversando...

Rute entra na sala por último.

Margarete: Eu estava dizendo que você gosta de bater um papo.

Rute ri.

Margarete: Está faltando a nossa amiga!

Ivone chega um pouco atrasada.

Margarete: Olha, ela aí, está chegando!

Ivone: Oi, gente, boa tarde!

Margarete: Agora está faltando a nossa outra amiga. (Está se referindo a Madalena).

Rute está sentada ao lado de Marlene, passa a mão em sua cabeça e pergunta: “Você melhorou, minha filha?”

Marlene: Estou bem melhor. A doutora me passou um remédio para a dor no pescoço e estou melhor. A enxaqueca também melhorou! K, eu estou pensando em tomar um remédio diurético, porque eu estou inchando. O que você acha?

Pesquisadora: Não é aconselhável tomar medicamento sem o acompanhamento médico. Você já toma muitas medicações, espere o retorno com a psiquiatra para comentar isso com ela.

Marlene: Mas, eu vou ter que esperar um mês, até lá, eu vou estar muito inchada.

(Pausa)

Rute pergunta para Ana: “Você melhorou?”

Ana: Melhorei nada. Eu estou tomando os meus remédios mesmo, estou fazendo em casa. Porque vou ao médico e só pioro.

Rute fala de algumas ervas para que ela coloque no chá ou xarope.

Ana: Pois já coloquei tudo isso. Também minha irmã que diz, eu não melho, porque eu abuso muito. Ando só descalça dentro de casa.

Marlene: Assim, não melhora mesmo. Não pode ficar abusando.

Ana: Mas, isso desde criança, eu não me acostumo com o chinelo no pé. Lá, em Salvador, eu só ficava descalça.

Rute: Pois, minha filha, eu também só andava descalça, pejejou para que eu conseguisse colocar um chinelo, eu caía, eu machucava todo o meu pé, porque ficava batendo um pé no outro. Mas, agora eu só ando calçada.

Gisele chega nesse momento.

Pesquisadora: Tem coisas que fazemos quando criança que não podemos fazer quando adultas. O corpo não aguenta mais, ele fica mais frágil, quando vamos envelhecendo.

Começam a falar todas juntas.

Ana pergunta para mim porque a Antônia foi desligada.

Pesquisadora: Ela foi desligada porque ficou algumas sessões sem vir, ela esteve aqui para saber se poderia voltar ao grupo e que estava precisando muito daqui, disse que ela poderia voltar quando quisesse, mas teria que vir ao grupo de acolhimento primeiro. Nós marcamos o dia e ela não compareceu até o momento.

Ana: E aquela de cabelo curto que sempre pedia declaração para o trabalho?

Pesquisadora: A Rosa foi desligada porque ela não veio mais, também se ela quiser voltar, poderá vir pelo grupo de acolhimento.

Rute expressa um cuidado (materno) com as componentes do grupo que estavam doentes e ausentes de algumas atividades – Marlene estava com dores na coluna vertebral e Ana está com gripe, motivo de sua falta na sessão anterior. A ausência de algumas componentes do grupo é citada por Margarete, revelando a importância de um espaço continente e acolhedor, onde eu posso encontrar “as amigas”.

A sessão inicia com uma insistência no tema sobre “os remédios” e a “cura”, com a expressão de formas diferenciadas – o remédio que transforma o corpo (Marlene); “os *meus* remédios caseiros, porque com os médicos há uma piora” (Ana). Esse enunciado remédio-melhora pode ser relacionado com uma potencialidade que se transforma no decorrer da sessão. Inicialmente, esse poder é dirigido aos médicos e profissionais de saúde – “a doutora me passou um remédio”. Mas, desconfianças em relação à efetividade desses procedimentos médico-científicos são manifestadas – “eu estou inchando (com os remédios receitados pela ‘doutora’), “vou ao médico e só pioro”. E, finalmente, o poder dirigido para o exterior retorna ao próprio grupo, revelando a potencialidade de cura de cada uma delas – “eu estou tomando meus remédios mesmo” e “as ervas indicadas por Rute para a ‘cura’ de Ana”.

O desenvolvimento desse tema desencadeia nos comportamento de controle (não abusar) e descontrole (abuso). Chamamos a atenção para o fato de que o abuso está

vinculado às lembranças e aos hábitos infantis – “andar descalço”. Essas lembranças e hábitos são difíceis de abandonar, resistem, como se a manutenção desses indicasse a única ligação que possuem com as suas origens. Isso nos faz pensar se há uma relação entre o rompimento com as origens e o sofrimento psíquico, nomeado nessa sessão como “doença”. Não seria a doença física, mas uma doença provocada pela perda dos referenciais identificatórios. Lembramos que em sessões anteriores, Ana revela o seu desejo de retornar à cidade que viveu em sua infância, pois “não se acostuma com as pessoas daqui” e lá seus filhos poderiam “brincar”. Portanto, o significante descalço-calçado revela um sofrimento gerado pelo distanciamento de referenciais construídos na infância.

A mudança do período da infância para a vida adulta impõe restrições sociais e civilizatórias, assim como, aproximam o sujeito do envelhecimento e da morte. Esses últimos aspectos mobilizaram o grupo, pois começaram a falar todas juntas.

Ana enuncia o desligamento e a ausência de algumas componentes do grupo após o tema do envelhecimento e a morte. Sugere-se uma relação entre esses aspectos, pois o que poderia significar a ausência das mulheres no grupo? A ausência poderia representar a recaída ou a morte. Mas, ao mesmo tempo, considera-se que Ana questiona o enquadre, as normas institucionais que delimitam a participação e o desligamento do grupo.

Rute: Eu é que não estou bem hoje, a minha filha que está lá no Norte, me ligou esses dias, dizendo que agora quem está bebendo é ela. Está desolada da vida, disse que está sozinha, eu me preocupo com ela e com os filhos dela, que estão sozinhos naquele lugar. Às vezes, eu penso que essa doença é como se fosse um espírito que fica rodeando a minha família. Quando eu melhoro, vai para outra pessoa da minha família. Eu não sei se é porque ela está sozinha e triste com a vida.

Pesquisadora: O que vocês pensam?

Mariana: Quando eu era criança, a minha família é toda do Sul, eu não tenho ninguém aqui em São Paulo, e não tem ninguém que bebe na família. Mas, a minha mãe pegava vinho, colocava açúcar e água e dava para a gente beber, era bem docinho.

Gisele: Eu posso sair, eu não estou passando bem.

Pesquisadora: Ok, você volta?

Gisele: Volto.

(Silêncio)

Mariana: Ninguém bebe na minha família. Mas, eu lembro que, quando eu comecei a me sentir insegura e com medo por causa das ameaças do meu ex-marido, eu lembrava dessa situação e pensava: “cerveja me acalma”, e aí, passei de cerveja para vinho.

Ana: Você acha que vinho tem menos álcool do que a cerveja? Ah, não!

Mariana: Não, ao contrário, eu comecei a procurar bebidas mais fortes, até que cheguei na pinga, porque era mais barato e fazia o efeito mais rápido.

Gisele volta para a sala.

Pesquisadora: Vocês falam da influência da família em sua dependência, através dos modelos ou das formas para lidar com as situações difíceis.

(Silêncio)

Mariana e Margarete começam a contar rindo como escondiam do marido e dos filhos a bebida dentro de casa. Contam que mentiam ao comprar a bebida, dizendo que era para o marido. Escondiam a bebida em guarda-roupa, máquina de lavar, etc. Mariana conta que ficava alegre e animada quando bebia e que fazia toda a arrumação de casa para que o marido não percebesse nada.

Ivone: Eu não conseguia fazer nada em casa, uma vez eu tive que jogar roupa fora, porque estava tudo apodrecido, porque ficou muito tempo no balde. A assistente social do Conselho Tutelar viu tudo isso, quando foi me visitar em casa, ela encontrou a casa na maior bagunça. (Ri)

Rute enuncia o sintoma da dependência ao álcool como uma herança familiar, algo que é transmitido de mãe para filha. Nota-se que essa herança é transmitida as mulheres da família, mulheres que são abandonadas pelos seus maridos e ficam sozinhas com seus filhos. Há uma mudança da figura que representa o sintoma familiar, à medida que Rute melhora, “outra pessoa da família assume o seu lugar”. O que está sendo transmitido através desse sintoma? Porque as mulheres são privilegiadamente as representantes e depositárias dos conteúdos relacionados ao sintoma?

Considera-se a hipótese que o sujeito se define, necessariamente, no espaço intersubjetivo e, mais precisamente no espaço e no tempo transgeracional, ali onde o Eu pode advir ou, ao contrário, encontra maiores dificuldades para constituir-se. Nessa condição, o sujeito é mantido e tecido, em uma trama diacrônica e sincrônica. O “espírito que ronda” a família de Rute são configurações de objetos psíquicos marcados pelo negativo e está relacionado com o conceito de transmissão, que nos auxilia pensar naquilo que é transferido e transmitido do espaço psíquico de um sujeito para o espaço psíquico de outro sujeito ou de mais um outro (Kaës, 2001, 2005b). Supõe-se que os conteúdos denegados e marcados pelo negativo, enunciados por Rute, são representantes da feminilidade, ou seja, da condição de desamparo e finitude representados pela figura feminina.

Essa hipótese se apóia na cadeia associativa grupal dessa sessão (e das sessões anteriores). Mariana conta que o hábito no consumo de vinho, misturado com água e açúcar (sangria) foi “transmitido” pela sua mãe, associado a um objeto “docinho” que oferece acolhimento e continência – “me acalma nas situações de insegurança e medo”.

Após a intervenção da pesquisadora e de um silêncio, Mariana e Margarete transformam o lugar frágil e submisso aos homens em uma posição ativa e “superior” – enganavam os maridos e os filhos, escondendo a bebida nos locais que só elas tinham acesso e no cumprimento dos “afazeres domésticos”, funções predestinadas às mulheres

no cuidado com o lar. Sugere-se que o uso do álcool revela um poder feminino, pois “esconder de todo mundo” traz uma satisfação e gozo, ao mesmo tempo, para o acesso a essa satisfação, é necessário cumprir a função a ela predestinada – cuidar do lar “para que o marido não percebesse nada”. Por sua vez, Ivone não corresponde a essa função e por essa razão, é denunciada ao Conselho Tutelar – uma instância de controle social – porque “sua casa estava na maior bagunça”.

Ressalta-se o comportamento de Gisele, após a menção a bebida “docinha” oferecida pela família de Mariana. É importante considerar que, nesse caso, Gisele começa a passar mal como efeito do processo de desintoxicação do álcool. Mas também, deve-se salientar o “momento” em que solicita para sair do grupo, após a enunciação dos temas – família, herança familiar e bebida “docinha” oferecida pela mãe.

Ana: Ela não está passando bem, não. (Aponta para Gisele).

(Silêncio)

Pesquisadora: O que é que você tem, Gisele?

Gisele: Eu não estou passando bem, estou suando muito, estou com ânsia de vômito. Eu fui agora no banheiro vomitar. Eu não estou comendo direito esses dias.

Pesquisadora: Você bebeu esses dias?

Gisele: Sim.

Pesquisadora: Quando você bebeu pela última vez?

Gisele: Ontem, eu quase bebi hoje também, mas eu sabia que eu vinha para cá, então fiz de tudo para não beber. Quase que eu não venho, mas eu resolvi vir.

Margarete: Você está tomando medicação?

Gisele: Sim!

Margarete: Olha que perigo, você pode morrer, se beber junto com a medicação.

Gisele: Eu não estou conseguindo parar de beber, eu fico me sentindo muito sozinha, quando chega a noite, eu bebo para desmaiar e esquecer tudo. Assim, a noite passa e eu nem vejo.

Margarete: Você não tem família?

Gisele: A minha família está com raiva de mim, parece. O meu irmão disse que eu não quero me ajudar.

(pausa)

Pesquisadora: O que você acha de ficar no intensivo. Você ficaria aqui todos os dias até as 14 horas?

Gisele: Pode ser! Porque eu não estou conseguindo ficar sozinha em casa. Com o meu pai não dá para contar, eu nem posso chamá-lo de pai. Eu fico chamando ele de velho. Outro dia, eu esqueci a minha chave e fiquei gritando no portão: “Ó velho”. Quem ouviu isso, o que ia pensar, eu chamando meu próprio pai desse jeito, mas ele não quer que o chame de pai.

Pesquisadora: Você está se sentindo sozinha, Gisele?

Gisele: Estou. Eu queria perguntar uma coisa para vocês. Vocês todas já pararam de beber?

Todas respondem que sim.

Gisele: Às vezes, eu acho que eu não vou conseguir parar. Eu não tenho muita esperança em mim.

Todas começaram a dizer que ela era bonita, jovem e que tinha ainda muitas coisas pela frente, e que ela não devia pensar assim.

Mariana e Marlene começaram a falar sobre a experiência no intensivo e do quanto foi importante para o tratamento delas.

Marlene: Acho que você vai gostar do intensivo. Acho que você devia vir.

Mariana começa a dar dicas para a síndrome de abstinência (refrigerante) e do quanto é necessário suportar esse momento para conseguir parar. Fala de sua dificuldade nesse período. Rute pergunta se teríamos limão na casa para fazer soro caseiro para ela.

Gisele: Eu fico muito mal quando fico pensando em meu ex-marido, eu gostaria de esquecer dele, mas eu não consigo. Eu fico pensando nele toda hora.

Margarete: Você que terminou com ele?

Gisele: Não.

Margarete: Mas, você ainda gosta dele?

Gisele: Não sei se é gostar. Ou porque eu fico me sentindo sozinha e não tenho ninguém, porque o relacionamento não era bom.

Pesquisadora: Acho importante isso, parece que a solidão faz com que se construam alianças, mesmo que sejam desagradáveis e desprazerosas, essas alianças são necessárias para espantar a solidão e o desamparo.

Gisele: Eu fico muito só, não tenho com quem conversar. Não consigo falar com o meu pai e nem dá para subir para falar com ele, porque a casa dele está toda suja, cheirando mal. Ninguém vai lá, só eu.

Ana: Será que também não é por isso que você bebe, para não ver a situação do seu pai ou de sua casa. Não é fácil enfrentar o que você relata aqui.

Gisele: É mesmo.

Pesquisadora: Achei muito importante o movimento que apareceu aqui no grupo. Vocês estavam falando sobre um “remédio” para desamparo – aquilo que acalma, que “cura”. E me parece que esse nosso encontro serve como referência e amparo para vocês nesse momento. Todas estavam preocupadas com Gisele e preocupadas em ajudá-la. Provavelmente, se viram na mesma situação, porque já passaram por isso que ela está relatando e encontram aqui um apoio, um colo.

Margarete: É mesmo eu adoro vir aqui. Eu não deixo de vir aqui de jeito nenhum. É muito bom encontrar as minhas amigas.

É interessante notar que, a função de cuidado enunciada, desde o início da sessão, é assumida pelas integrantes do grupo para a proteção de Gisele. Começam a pensar em “remédios” caseiros e receitas pessoais para a sua “melhora”. Na ausência de apoio e continência familiar, o grupo passa a cumprir essa função, sustentado pelo processo de identificação e pelo complexo fraterno, que configura um sentimento de solidariedade e apoio mútuo. Supõe-se que a base da solidariedade e apoio mútuo é o vínculo homossexual sublimado – “é muito bom encontrar as minhas amigas”.

Gisele representa os sentidos do uso do álcool, revelados em sessões anteriores por essas mulheres – a ausência de apoio e referências identificatórias familiares; ausência da figura materna; o uso do álcool como amortecimento da dor e do sofrimento, procurando um “apagamento” que poderia estar vinculado ao silenciamento de todas as necessidades e inquietações (pulsão de morte); o enfrentamento da solidão e do desamparo através da escolha de determinados objetos – marido, álcool, etc.

Conclui-se a análise das sessões com a expressão de Margarete: “eu não deixo de vir aqui de jeito nenhum”. Revelamos, através do discurso das mulheres no grupo, a função de continência e apoio desempenhada por este. No entanto, esse apoio poderá se transformar em outra dependência, uma fixação na instituição de tratamento que substitui a dependência às drogas. Essa fixação foi desenvolvida por Kaës (1979) como pulsão de agarramento, um apego que tem como função a sustentação psíquica (holding), ou seja, uma defesa contra o abandono, contra a experiência de desamparo.

Kaës (1979) desenvolve o conceito e função de apoio para o desenvolvimento psíquico, baseia-se na noção de apoio anaclítico de objeto, sendo que nas situações de crise é necessária a criação de novas regulações que produzam prazer. Supõe-se que o objeto-droga assume essa função na vida dessas mulheres, como um objeto buscado como tentativa de superação das crises pela ausência de estruturas que permitam suportar e transformar as situações de sofrimento. De uma relação-prótese com o objeto-droga para a relação com grupo.

No sentido inverso da não-separação do grupo, procuramos analisar também os abandonos e desistências no decorrer do tratamento. Salienta-se que essa análise baseia-se em hipóteses, a partir dos lugares ocupados no processo grupal, pois não temos as informações das pacientes sobre a sua desistência.

Rosa abandona o tratamento, após expressar o seu sofrimento e o sentimento de abandono na relação com a figura materna. Supõe-se que, enquanto ocupava a função intermediária de *porta-ideal* no grupo, podia permanecer, mas à medida que esse lugar se transforma em uma não-correspondência com o ideal da *mulher de verdade*, por ela enunciada, torna-se difícil a elaboração desses novos lugares.

Valéria desistiu após a primeira sessão. Essa paciente representava a figura masculina do grupo, em suas vestimentas, na postura agressiva com as mulheres e nos bares, quando estava alcoolizada. Supõe-se que essa postura aproximava-se do fantasma de grupo intolerável – a homossexualidade, e talvez, por essa razão a sua presença torna-se insuportável. Essa paciente também demonstrava muito intolerância e irritabilidade com o discurso e posicionamento das componentes do grupo, sua postura era muito severa e expressava valores morais muito rígidos.

Vanusa abandona o tratamento, após o comunicado da morte do irmão de Clarice. Consideramos essa sessão extremamente difícil e mobilizadora de angústia. Vanusa expressava um cotidiano muito difícil também e considera-se que reviver as

situações de sofrimento, nesse dia, foi intolerável. Outro aspecto a ser levado em conta é que o uso do álcool para essa paciente representava experiências de prazer que não poderiam ser abandonadas.

Antônia começa a faltar após a 12ª sessão. Supõe-se que suas faltas foram uma “experiência” para averiguar a permanência da função do enquadre, não apenas para confirmar o seu desligamento, após as faltas sem justificativa, mas para certificar-se da existência do grupo apesar da sua ausência. Deve-se considerar que as suas faltas ocorreram após o seu relato de constantes visitas ao cemitério, para certificar-se que alguém que não *está mais, ainda poderia estar*. Faz-se uma analogia com o jogo do *fort-da*, que faz desaparecer e reaparecer um objeto como tentativa de elaboração das perdas – Antônia desaparece e reaparece. Essa análise fundamenta a importância de uma avaliação de algumas situações no estabelecimento das normas e procedimentos terapêuticos, no caso de Antônia, as normas impossibilitaram uma elaboração.

Clarice se ausenta após o falecimento do irmão e após a ausência de “suas colegas”, outras pacientes que fizeram parte de sua trajetória no tratamento, essas ausências poderiam estar representando uma perda de referências identificatórias que não puderam ser resgatadas no grupo.

Magali solicitou sair do grupo e permanecer apenas na psicoterapia individual, também não aceitava intervenção medicamentosa. Para essa paciente, os estímulos de excitação no grupo eram intoleráveis, pois permanecia na sala, durante as sessões, virada de costas para as mulheres, olhando para a parede. Prosseguiu seu tratamento na psicoterapia individual.

Prosseguimos, no próximo capítulo, com uma síntese dos principais aspectos analisados e as categorias de análise: as formações e funções intermediárias, as modalidades de negativo e o complexo fraterno.

## 6. DISCUSSÃO DOS DADOS

Através do relato e análise das sessões, procuramos desenvolver a noção que admite como consequência do conceito do *sujeito do grupo*, a ideia de que cada sujeito é representado e procura fazer-se representar nas relações de objeto, nas imagos, nas identificações e nas fantasias inconscientes de um outro e de um conjunto de outros (KAËS, 1997).

Considera-se que o grupo apresenta condições favoráveis para a encenação das fantasias do sujeito, funcionando dessa forma como um sonho e a realização do desejo inconsciente. O grupo forneceria elementos para a dramatização das ações psíquicas – lugares recíprocos e permutáveis, assim como, um lugar para a investigação do entrelaçamento intersubjetivo (Kaës, 1997).

O entrelaçamento intersubjetivo opera através das funções intermediárias e é sustentado pelas alianças inconscientes e pelas modalidades do negativo. Aspectos analisados neste trabalho, objetivando investigar a formação do sintoma, os processos e a cadeia associativa grupal na dependência química em mulheres.

### 6.1 Funções e formações intermediárias: porta-voz, porta-sintoma, porta-ideal

As funções e formações intermediárias representam o elemento de ligação dos aspectos intrapsíquicos com os vínculos intersubjetivos. Como elemento de ligação, ele é duplamente investido do ponto de vista do sujeito e do ponto de vista das alianças inconscientes no grupo. Entre elas, encontramos a figura do porta-voz, do porta-sintoma e do porta-ideal.

Entre os conteúdos enunciados pelo porta-voz, encontramos a vulnerabilidade e o desamparo, vividos nas situações de violência, na ausência de figuras de proteção-apoio e na negação da sexualidade feminina. As cenas traumáticas vivenciadas na história das mulheres são representadas pela multiplicidade dos papéis exercidos no grupo.

Outro conteúdo enunciado pelo porta-voz é a sexualidade, mais precisamente, o conflito não revelado, denegado entre a heterossexualidade e a homossexualidade. A denegação da homossexualidade, conteúdo intolerável, é exercida pelo *porta-ideal*, que tem como função manter a aliança inconsciente no grupo, expulsando o elemento

indesejável. O lugar privilegiado é o da *namoradaira*. Ideal “imposto” às mulheres do grupo, que impede a emergência (e existência) da diferença e o “pensar” sobre a diferença. Nesse sentido, o desejo homossexual, assim como, a evitação do namoro são “colocados para fora”.

Propõe-se que esse Ideal funcionava como uma “colagem psíquica” ao modelo da *Mulher de Verdade*. Carrega, em sua essência, a contradição apontada por Lipovetsky (2000) entre uma “servidão” e a extrema dependência ao outro; e o livre desenvolvimento das inclinações e dos desejos pessoais. A “servidão” não apenas nas relações assimétricas amorosas, mas uma “servidão” ao Ideal da mulher com a paixão romanesca. De um lado, encontramos o “desapossamento subjetivo” e de outro o reconhecimento da autonomia feminina e a “posse de si”. Essa última tendência pode ser representada por Madalena, apresentando possibilidades de escolha e desconstrução da “colagem psíquica” ao ideal.

Portanto, a relação amorosa não apenas vincula-se a um desejo de reconhecimento e valorização (FUKS, 2002), mas nesse caso, associa-se a um “desapossamento subjetivo” (LIPOVETSKY, 2000) pela submissão ao ideal.

Outro conflito é expresso – a incompatibilidade entre a sexualidade e a maternidade. A maternidade surge no discurso como evitação da sexualidade, como um desvio das relações amorosas, após constantes decepções. O ideal *namoradaira* é incompatível com o ideal da *maternidade*. Observa-se que esse conflito confirma as hipóteses de alguns autores desenvolvidos no decorrer deste trabalho. O atributo social do *Ideal de Feminilidade* (KEHL, 2008; BIRMAN, 2001b) é um substituto do desejo sexual equivalente a um sintoma. Para essas mulheres, “cuidar dos filhos” transformou-se em uma defesa, diante da imprevisibilidade das relações amorosas.

A recusa do desejo sexual, enunciado pelo *porta-sintoma*, encontra na droga seu correspondente, ocupando a função de manutenção do sintoma na/pela aliança inconsciente, mas também, através da investigação revela os sentidos ocultos pelo uso.

O objeto de escolha – a droga – cumpre uma função transicional, objeto eleito não só pelas mulheres em questão, mas pela própria dinâmica familiar. A droga ocupa o lugar de objeto intermediário, com algumas funções paradoxais – o silenciamento e a excitação dos desejos; e efetiva uma ligação transgeracional, através do sintoma e do uso com as mulheres da família.

A droga representa as experiências de prazer e desprazer, associadas à sexualidade, assim como, aos conteúdos relacionados à morte. Ou seja, é associada ao amortecimento das sensações corporais e do pensamento (desejos sexuais), eliminando não só o desejo, mas o sofrimento (dor). Esses dois elementos são conjugados simultaneamente pelo prazer e desprazer. A ligação transgeracional associa a droga como forma de enfrentamento das condições de vulnerabilidade e desamparo, transmitidas de mãe para filha, através de diversas gerações.

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito à representação das figuras maternas e paternas (imagos parentais) e são consideradas como elementos intermediários e como um dos organizadores psíquicos inconscientes de grupo. A organização grupal interna do fantasma individual (grupalidade psíquica) e a situação de grupo servem ora como referenciais identificatórios, ora como suportes projetivos de suas pulsões (ANZIEU, 1993; KAËS, 1997).

As imagos das figuras parentais revelam as ambivalências, as ausências de significação do corpo e da sexualidade feminina. As ambivalências eram difratadas nos diversos papéis desempenhados no grupo.

As relações estabelecidas com as figuras parentais, revividas no espaço grupal, revelam uma ligação intensa e primitiva da mulher com a mãe e um prolongamento da fase pré-ediípana (FREUD, 1931). Retomamos as considerações de Schneider (2003), sobre a importância da exploração de uma sexualidade feminina arcaica, que vincula a sedução da mãe com a erotização do corpo. Nas experiências relatadas no grupo, a intensidade e o prazer se caracterizam pelo contato corporal entre a menina e o seio da mãe, entre o “tocado e o tocante”. A dimensão do sensível – lugar de ancoragem materna – não poderia nem ser superado, muito menos abandonado. Mas, através do grupo, essa experiência pode ser revivida, pois em sua essência, o grupo é feminino e maternal (ANZIEU, 1993, p. 86).

As funções superegóticas e de imposição dos valores culturais e morais, também, foram associadas com a figura materna, no que diz respeito, à interdição do desejo sexual feminino e às formas de satisfação desse desejo.

Com a figura paterna, algumas experiências são traumáticas e ameaçadoras para a existência da singularidade feminina, se trata de um feminino que precisa ser “expurgado” pela morte ou pela tentativa de assassinato. Outras experiências se

caracterizam por uma referência intensa e amorosa, principalmente pela ausência identificatória da figura materna.

Portanto, considera-se que as experiências traumáticas para os sujeitos foram marcadas tanto pela sedução, no sentido de um excesso de prazer, como também, pela destrutividade. É um excesso que provoca um impacto no aparelho psíquico, impossibilitando a sua metabolização e o fracasso das defesas, essa dimensão excessiva torna-se um “corpo estranho”, que permanece incomunicável, isolado e não-representado.

No entanto, esse “corpo estranho” incomunicável e não-representado é transmitido e mantido isolado pelas alianças inconscientes e através das modalidades de negatividade.

## 6.2. Modalidades de Negatividade

A negatividade é a sustentação dos pactos de renúncia, sacrifícios, apagamentos, recusas e recalques dos conjuntos intersubjetivos. Encontramos três modalidades de negatividade: de obrigação, relativa e radical (KAËS, 1989). Portanto, quais as modalidades de negatividade que sustentam e mantêm o sintoma da dependência química em mulheres?

O pacto denegativo é a operação fundamental nas alianças inconscientes. Através da imposição de uma obrigação e sujeição de lugares aos componentes do grupo, há uma manutenção dos conteúdos denegados. Uma das hipóteses sustentadas nesse trabalho é o pacto denegativo em torno da polaridade – *ver e não ver*. O elemento *ver* está relacionado com a sexualidade e a sedução, através da exibição do corpo, exigindo lugares para a encenação da fantasia (fantasmaticização). Na composição desses lugares é necessário aquele que exhibe e o espectador – quem o assiste, quem o vê.

No entanto, a droga assume uma importância fundamental na manutenção do pacto denegativo para *aquilo que não pode ser visto* – os desejos sexuais femininos. Pelos seus efeitos, a droga atua através da anulação do desejo e de um “apagamento” – relação constante expressada pelas mulheres – tornando-se dessa forma, um elemento fundamental de ligação no grupo. É através do objeto-droga ou da mulher dependente (porta-sintoma), que se efetiva a aliança inconsciente para a expulsão da figura *da mulher desejante*.

Essa modalidade de negatividade – de obrigação – efetiva as operações de rejeição e recusa, a fim de preservar um interesse maior da organização psíquica e dos sujeitos ligados em um conjunto (KAËS, 1989, 2005b). Porém, o que necessita ser preservado, ou seja, porque se efetua uma *expulsão* da figura da *mulher desejante*?

Desenvolvemos, no decorrer deste trabalho, as restrições e determinações aos lugares sociais destinados à mulher: mãe e responsável pelo lar (BIRMAN, 2001b; KEHL, 2008). As saídas possíveis para algumas mulheres, que foram classificadas como anomalias, configuram uma *recusa da maternidade*: o infanticídio, a prostituição e a ninfomania, mas desvelam um erotismo positivado e uma outra dimensão da existência feminina (BIRMAN, 2001b).

Portanto, a *mulher desejante* é uma forma de resistência às restrições sociais e a dependência química assume, de forma ambígua, aquela figura que questiona e resiste em assumir os lugares designados; e, aquela que, através dos efeitos de anulação do desejo, exclui a possibilidade de uma existência singular. Esse conflito pode ser observado através dos lugares ocupados na cena grupal – *a namoradeira, a mulher de verdade, a mãe*.

Nesse mesmo sentido, Chagas (2003) afirma que a dependência química em mulheres é a expressão de rebeldia e protesto em relação à mulher moderna. Concordamos com a autora, porém a aceitação da imobilidade feminina, em troca de uma segurança e estabilidade no amor-droga é apoiada pelo conjunto intersubjetivo. São lugares predestinados, através de um pacto narcísico, em troca de uma segurança e pertencimento ao grupo.

Os conteúdos denegados pelo pacto narcísico são transmitidos através das gerações. Esses conteúdos transmitidos são configurações de objetos psíquicos munidos de seus vínculos com aqueles que precedem cada sujeito. São configurações marcadas pelo negativo, ou seja, aquilo que não é retido, lembrado, o que não encontra inscrição na psique dos pais – a falta, a doença, o crime, os objetos desaparecidos sem traço nem memória (Kaës, 1997, 2005b). Nesse grupo, entre os objetos psíquicos transmitidos e enigmáticos, encontram-se as representações e traços vinculados ao feminino, repetidos nas histórias familiares, através da violência perpetuada pelo homem contra a mulher.

Rute expressa esse enigma: “*um espírito que ronda as mulheres da família*”. A droga é configurada como um objeto de transmissão transgeracional, uma saída para a

situação de vulnerabilidade e desamparo representados pelas mulheres da família – *não se sabe o motivo, apenas se repete a dependência do objeto*.

Não é apenas a representação da *mulher desejante* que é recalcado pelo grupo, o que é intolerável e que não é retido são as experiências de desamparo e vulnerabilidade, atributos da feminilidade. A recusa desses elementos é operada pela negatividade radical, modalidade representada pelo vazio, pelo desconhecido, pela ausência, pelo não-ser. É a dimensão do impensável e da impossibilidade de acolher a alteridade. Como forma de anulação do intolerável da feminilidade, o sintoma assume o lugar de representação do *desconhecido*, lugar assumido pela mulher. Como nos ensina Schneider (2003), a mulher representa o que é intolerável no homem – a vulnerabilidade, ela é a porta-voz do que é recalcado, recusado, “apagado”. A dependência química assume a radicalidade da expulsão do desamparo da constituição subjetiva, pois anula a condição desejante do ser, a sua porosidade e a abertura ao outro – *“vai ver que é porque ela se sente sozinha e triste com a vida”, “eu bebo para desmaiar e esquecer tudo”*.

Mas, o que é intolerável e insuportável pode ser pensado através de uma ancoragem na experiência corporal e, conjuntamente, sobre a experiência psíquica e a palavra de um outro. O desvelamento dos conteúdos denegados e não-inscritos pelos pactos denegativos pode aproximar o sujeito de sua própria história, daquilo que se tornou “não-significável” e “não-transformável”. Histórias contadas, revividas e ressignificadas no espaço grupal.

### **6.3. Complexo Fraternal**

Outro aspecto a ser considerado neste trabalho e que contribuiu para os processos de revelação, desvelamento e transformação dos conteúdos inconscientes do grupo é o complexo fraternal (KAËS, 2005b).

A importância desse conceito se revelou através da análise das sessões, como uma produção intrapsíquica e intersubjetiva que amplia o valor nuclear do complexo de Édipo.

Freud sustenta um deslocamento do complexo de Édipo sobre as relações fraternas, configurando-se como uma organização defensiva e de evitamento do complexo de Édipo.

No entanto, Kaës (2005b) desenvolve que o complexo fraterno é diferente das relações fraternas. O complexo fraterno dá conta de uma formação inconsciente, além dos vínculos consanguíneos e horizontais das relações fraternas. O complexo pode ser definido como um conjunto organizado de representações e de investimentos inconscientes, constituído a partir das fantasias e das relações intersubjetivas. Assim, ele define uma organização fundamental dos desejos amorosos, narcísicos e objetivos, do ódio e da agressividade com relação a esse outro reconhecido como irmão ou como irmã.

O complexo fraterno dá conta da rivalidade com um irmão (ou irmã) no triângulo pré-edípiano – esse rival é o objeto parcial, concorrente do *infans*. Assim, os objetos, as imagos e os determinantes da rivalidade, as identificações e as interdições possuem características próprias do triângulo pré-edípiano e do complexo fraterno.

Portanto, a colaboração original de Kaës complementa e vai além das concepções da fase pré-edípiana, desenvolvida por Freud (1931). Já desenvolvemos neste trabalho, a importância dessa fase para o desenvolvimento da sexualidade feminina e na etiologia da histeria, revelando uma fase de ligação exclusiva com a mãe e que é mais importante para as mulheres do que para os homens.

Entre os aspectos considerados nessa fase, a hostilidade em relação à mãe assume um lugar central no desenvolvimento sexual da menina, sentimento que tem origem na interdição da mãe de sua atividade sexual livre e diante da constatação de ausência do órgão genital masculino.

Mas, na perspectiva de Kaës, as representações, investimentos e rivalidades pelo amor da mãe são manifestados pela configuração do grupo e possibilita a ressignificação de conteúdos próprios dos vínculos horizontais entre os pares. As irmãs são citadas, constantemente, nas sessões como modelos identificatórios, como instâncias de controle e interdição e como objetos de investimento de amor e ódio. As disputas pelo amor e pelo cuidado das mães-coordenadoras foram revividas no grupo.

Ressaltamos que, a homossexualidade e o ciúme – temas presentes nas sessões – são os sentimentos de rivalidade, transformados como uma “saída” da fase pré-genital (KAËS, 2005b). O *ciúme incompreensível* de Rose e a *homossexualidade* de Ana podem ser analisados a partir dessa perspectiva.

O aspecto fundamental a ser considerado é a emergência desses conteúdos no espaço grupal e que complementam as configurações edípicas. É possível observar,

através da análise das sessões que, o grupo produz uma regressão a fase pré-edípica (ANZIEU, 1993) e conseqüentemente, as rivalidades e a inveja entre as irmãs são revividas.

Finalizando, a partir da análise das formações intermediárias, das modalidades de negatividade e do complexo fraterno, procuramos desenvolver os principais aspectos envolvidos no entrelaçamento do sintoma da dependência química em mulheres. Aspectos que revelam um sintoma configurado pelas alianças inconscientes dos conjuntos intersubjetivos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivamos com este trabalho, investigar os processos psíquicos relacionados à produção de sintomas em mulheres dependentes químicas, através dos discursos produzidos em uma situação de grupo. Levamos em conta, a concepção do *sujeito do grupo* de René Kaës, que supõe uma subjetividade constituída nos e pelos conjuntos intersubjetivos.

Como nos ensina Kaës (1997), a concepção do *sujeito do grupo* interroga o seu objeto básico: o Inconsciente e as formas de subjetividades que dele se originam. O Inconsciente está apoiado num outro (ou mais de um outro) e, conseqüentemente, em formações e funções intermediárias. Formações e funções que se constituem como elemento de ligação, e de duplo investimento, do sujeito psíquico e dos espaços intersubjetivos.

A partir desses pressupostos, algumas questões nortearam o nosso trajeto: qual a relação entre os aspectos intersubjetivos e a dependência química em mulheres? Existiria uma especificidade nesse grupo? Quais as configurações e modalidades de negatividade estabelecidas nas alianças inconscientes? O sintoma poderia ser considerado uma formação intermediária, possibilitando acesso aos conteúdos inconscientes? Quais seriam os conteúdos denegados das dinâmicas intrapsíquica e intersubjetiva?

Portanto, outro objetivo deste trabalho é a investigação das formações intermediárias, como também, as modalidades de negatividade na manutenção do sintoma e do laço social.

Propomos que a dependência de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é uma produção intersubjetiva, que se estabelece nas relações entre a mulher e os grupos de pertencimento, implicando a manutenção do sintoma – uso de drogas – e de determinados lugares pela rede de relações sociais.

Nossa hipótese sustenta que o sintoma seria uma formação intermediária – o *porta-sintoma* – representando conteúdos denegados dos conjuntos intersubjetivos a que pertence. Como formação intermediária, o pacto denegativo mantém e sustenta o laço social, atribuindo a cada membro do grupo lugares e funções psíquicas determinadas.

Apresentamos, no decorrer do trabalho, as linhas de investigação psicanalítica sobre a dependência química. Essas perspectivas teóricas evidenciam a passagem de uma compreensão a partir da teoria e dinâmica das pulsões para as relações de objeto e de uma dimensão que inclui a intersubjetividade do “acontecer psíquico” (GURFINKEL, 2007). É a partir dessa última linha de investigação, que inclui a perspectiva da intersubjetividade, que inserimos o nosso trabalho como um prosseguimento e ampliação dessa vertente.

Concordamos com a proposição de Gurfinkel (2007) sobre a dependência química como a configuração de uma defesa contra a *perda do sentido de estar no mundo* e marcada pela relação do sujeito com a realidade. No entanto, a discussão aponta para que compreendamos que o sintoma é construído pelas alianças inconscientes. A defesa e o seu objeto representante – a droga – são transmitidos, herdados e mantidos pelos conjuntos intersubjetivos. Isso implica dizer que, *o sentido de estar no mundo* é construído pelos vínculos grupais, apoiados na positividade e na negatividade dos laços que o fundamentam.

Procurou-se demonstrar que, historicamente, o uso de drogas sofreu transformações na atribuição de sua função e no sentido, legitimado ou estigmatizado pelos grupos de pertencimento. Acompanhamos um processo de mudança da sacralização à marginalização do uso de determinadas substâncias, da vinculação à contracultura às práticas hedonistas.

Nesse processo de transformação histórica, mudanças aconteceram nos lugares sociais designados à mulher, enaltecendo algumas funções (do lar e materna) e desvalorizando outros, os que se vinculam a *mulher desejante* e a tudo que ela representa. Assim como, a marginalização do usuário de drogas expressa um movimento de erradicação das dissidências e um “zelo ideológico” (ESCOHOTADO, 2004), a *mulher desejante* precisa ser *expurgada*.

A mulher dependente química seria o *amálgama*, representado pelas mulheres tebanas, que enlouquecem com os delírios do deus Dioniso, abandonam os filhos e os afazeres domésticos para se entregar às loucuras de todo tipo (VERNANT, 2000); mas também sucumbem à anulação dos desejos e paixões, evitando uma entrega arrebatadora aos prazeres.

Nessa condição, evita não só o desejo, mas a sua existência singular. Citamos Chico Buarque, um trecho de sua música *Mulheres de Atenas* (MENESES, 2001, p.

151): “Elas não têm gosto ou vontade. Nem defeito, nem qualidade. Têm medo apenas. Não têm sonhos, só tem presságios [...]”

As mulheres são a principal preocupação em Atenas, em função de sua entrega aos delírios dionisíacos, porque a elas se dirigem os rituais, como possibilidade de ruptura com o cotidiano, com o *conhecido* (VERNANT, 2000). Na experiência toxicomaníaca vive-se, paradoxalmente, um fascínio e uma repulsa pelo mundo sombrio da loucura, do êxtase e do prazer.

Procurou-se privilegiar a especificidade do feminino, no que diz respeito, à sexualidade feminina e à dependência química. No entanto, deparamo-nos com produções hegemônicas que priorizam o modelo falocêntrico, tanto para a investigação da sexualidade feminina, como na compreensão dos fenômenos adictivos.

A partir da crítica ao modelo do funcionamento psíquico que prioriza a centralidade do Édipo e do complexo de castração, utilizou-se uma releitura da dimensão do corpo erógeno e da construção teórica metapsicológica de um “excesso pulsional”. O intuito na adoção dessa perspectiva é uma nova leitura da sexualidade feminina, considerando as mudanças históricas ocorridas nesse campo. Nessa nova perspectiva, pretende-se colaborar com um “outro olhar” para a dependência química em mulheres.

Diferente da hipótese que considera a droga como o “falo perdido”, sugere-se outra proposição – a denegação da dimensão do sensível e da feminilidade, configurando novas subjetividades, entre elas a dependência química. Nessa concepção, o que é intolerável é a experiência do “excesso pulsional”, atingindo medidas avassaladoras para o psiquismo, e por consequência, a procura por substâncias psicoativas que, ora silenciam o turbilhão pulsional, ora resgatam as sensações corporais.

Dessa forma, não se trata do “falo perdido”, mas da ruptura com a dimensão do sensível e de uma impossibilidade de positivação da experiência do desamparo, atributo da feminilidade. Trata-se da ausência, do vazio e da não-representação *insuportáveis*.

Consideram-se as proposições de Schneider (1992), em que a ausência e o não-representável assumem uma configuração de exterioridade intolerável. Condição que só poderá ser transformada, através do processo analítico e de uma possível “admissão”, isto é, a incorporação da vivência afetiva, *a posteriori*, relacionada à experiência traumática da primeira infância.

No processo analítico pela “admissão”, assim como no campo da estética, a feminilidade pode ser resgatada, pelo movimento de deixar-se seduzir, como um rompimento de fronteiras e pela impossibilidade de um entendimento. É uma *disposição receptiva ao sensível*, de uma abertura à *afetação*, que não deixa de incluir, além de impressões visuais, as impressões auditivas, táteis, motoras, viscerais (LEITE, 2002).

É uma abertura à alteridade ou deixar-se atravessar pelo outro, experiência que define a feminilidade. Diferente do vínculo incondicional com o imutável e com o idêntico (si mesmo) abre-se para o *estrangeiro*, *para o diferente*, *para o outro*.

Concordamos com Arán (2000) sobre uma passagem necessária do campo da representação para o campo da vida pulsional, como condição para a positivação da feminilidade. Essa passagem implica a alteridade nas possibilidades de subjetivação, rompendo com um modelo transcendente e universal para a emergência do feminino-singular, oferecendo a mulher um lugar próprio de existência na cultura, diferente do masculino. Do *assujeitamento subjetivo* (LIPOVETSKY, 2000) para a *mulher-sujeito*.

Nessa linha de pensamento, a relação entre o feminino e o masculino, em vez de descansar sobre uma estrutura rigorosamente antitética, se efetuará pelo modo *transicional* entre os paradigmas *ereção e gestação*, postulados centrais da lógica falocêntrica. O feminino não constitui a antítese da virilidade, mas sim a sua via de acesso, marcando os poderes dos dois sexos (SCHNEIDER, 2003).

Como efeito dessa estrutura antitética e pela impossibilidade em *deixar-se afetar pelo estrangeiro*, produz-se uma entrega absoluta ao horror e à face negativa do desamparo (BIRMAN, 1999). Essa posição nos aproxima da problemática da dependência química.

Do ponto de vista metapsicológico, a busca pelo objeto-droga caracteriza-se como uma defesa contra a angústia e o desamparo, através de uma “colagem psíquica” a um outro (droga, companheiro, filho). É uma posição masoquista que propicia certa proteção ao sujeito. Função, não *apenas* de um silenciamento da pulsão, suprimindo a tensão a zero, mas o seu uso poderia ser uma tentativa de um encontro com um outro *objetalizado*, uma *prótese*: “um amigo”, “um companheiro”, “um meio de fortalecimento e encorajamento”, “uma forma de libertação e liberação sexual”, conforme observamos nos relatos.

Ressaltamos a multiplicidade de funções do objeto-droga, passíveis de investigação e exploração nas situações de grupo, ora exerce um poder tirânico e

culpabilizante contra o próprio eu (*self*), ora cumpre a função de libertação dessas mesmas exigências do Superego. Ora silencia o turbilhão pulsional, ora possibilita o contato com o corpo. Mas, ao término de seus efeitos, o sujeito se depara com o horror frente ao desamparo originário e a um “abismo quase intransponível”.

Do ponto de vista da intersubjetividade, supõe-se que a dimensão do “excesso pulsional” pode estar vinculada ao “apagamento” das diferenças, uma forma de enfrentamento sem a intermediação *transicional*. Nesse sentido, não há regulação pelas formações intermediárias, mas uma colagem “psíquica” que anula a oposição.

Conforme desenvolvemos neste trabalho, a relação com o objeto-droga e os lugares assumidos pela mulher são transmitidos e configurados pelo espaço grupal. Por meio do desvelamento dos conteúdos denegados, apoiados na negatividade de obrigação e radical, a vulnerabilidade e o desamparo são expulsos da dinâmica intersubjetiva e intrapsíquica – marcas da feminilidade na constituição subjetiva. A aliança inconsciente fundamenta-se, portanto, na denegação dos elementos relacionados à dimensão do sensível, do corpo, da sexualidade, do desejo e da incompletude humana.

A dependência química feminina configura-se como porta-voz do que é intolerável na feminilidade, são *figurações de um sintoma partilhado*, uma ligação entre gerações, elegendo a mulher como representante daquilo que não pode ser incorporado na experiência subjetiva. A *abertura ao outro* e uma *reinvenção subjetiva* constante são substituídos por um objeto totalizante, que incide na subjetividade como uma negação da porosidade, da abertura e da fenda ao mundo exterior e ao outro, um “fora-do-sexo”.

A droga, no entanto, não é apenas o único objeto totalizante nessa experiência, podendo ser assumida por um filho, por um casamento, ou seja, por um *falo*. Assim, o modelo falocêntrico que procura investigar a sexualidade feminina e por sua vez, a dependência química, também é sustentado por alianças inconscientes, que excluem a diferença, negando-a, como nos mostra Schneider (2003, 2006). Sugere-se, portanto, que o modelo falocêntrico reduz as articulações diferenciais, anula as contradições e produz um apego às certezas absolutas, função da ideologia nos grupos, conforme desenvolvimento de Kaës (1989).

Para finalizar, escolhemos como caminhos teóricos deste trabalho, temas que permaneceram por um tempo na obscuridade da investigação psicanalítica e científica: sedução, trauma, feminino, grupo, dependência química em mulheres... Temas que voltam ao cenário de discussão psicanalítica e científica, por alguns autores. Através

desse percurso escolhido, esperamos contribuir para uma *abertura* a outras concepções e “olhares” sobre o feminino e a droga.

Por que me descobriste no abandono  
Com que tortura me arrancaste um beijo  
Por que me incendiaste de desejo  
Quando eu estava bem, morta de sono?

Com que mentira abriste meu segredo  
De que romance antigo me roubaste  
com que raio de luz me iluminaste  
Quando eu estava bem, morta de medo?

Por que não me deixaste adormecida  
E me indicaste o mar, com que navio  
E me deixaste só, com que saída?

Por que desceste ao meu porão sombrio  
Com que direito me ensinaste a vida  
Quando eu estava bem, morta de frio?

(*Soneto*, Chico Buarque)

In: Meneses, A. B. *Figuras do feminino*.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002. 350 p.

ANDREAS-SALOMÉ, L. **Reflexões sobre o problema do amor e O erotismo**. São Paulo: Landy Editora, 2005. 127 p.

ANZIEU, A. **A mulher sem qualidade**: estudo psicanalítico da feminilidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 135 p.

ANZIEU, D. *et al.* **El trabajo psicoanalítico en los grupos**. Mexico: Siglo Veintiuno Editores, 1978. 440 p.

ANZIEU, D. **O grupo e o inconsciente**: o imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. 228 p.

\_\_\_\_\_. **Eu-pele**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 300 p.

ARÁN, M. Feminilidade, entre Psicanálise e Cultura: Esboços de um Conceito. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 169-195, 2000.

\_\_\_\_\_. **O avesso do avesso**: feminilidade e novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 220 p.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das Drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 9-14.

AULAGNIER, P. **Os destinos do prazer**: alienação, amor, paixão. Rio de Janeiro: Imago, 1985. 231 p.

\_\_\_\_\_. **A Violência da Interpretação**. Do Pictograma ao Enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979. 245 p.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1), p. 63-72, 2001.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade**: prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. v. 1.

\_\_\_\_\_. **Drogas e Pós-Modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. v. 2.

BENTO, V. E. S. O narcisismo em Freud e a paixão “tóxica” a partir de Freud. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade**: prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 147-172, 2003. v. 1.

BIRMAN, J. Dionísios Desencantados. In: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. (Org.) **Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania do NEPAD, UERJ.** Rio de Janeiro: Imago, p. 57-67, 1993.

\_\_\_\_\_. **Por uma estilística da existência:** sobre a psicanálise, a modernidade e a arte. São Paulo: Ed. 34, 1996. 224 p.

\_\_\_\_\_. **Cartografias do feminino.** São Paulo: Editora 34, 1999. 220 p.

\_\_\_\_\_. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001a. 301 p.

\_\_\_\_\_. **Gramáticas do erotismo:** a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001b. 254 p.

\_\_\_\_\_. **Arquivos do mal-estar e da resistência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 419 p.

BLEGER, J. **Simbiose e Ambiguidade.** 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. 402p.

BOLLAS, C. Viajando. In: \_\_\_\_\_. **Forças do Destino:** psicanálise e idioma humano. Rio de Janeiro: Imago, p. 165-178, 1992.

BORINI, P. *et al.* Alcoolismo feminino: padrões de consumo, motivações para o abuso e aspectos conceituais e emocionais de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 12, p. 539-545, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2003.

BRASIL, I. E. A. A comédia (entremez, arremedilho, farsa, imitação burlesca) do mal-estar no pós-moderno. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade:** prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 129-145, 2003. v. 1.

BRASILIANO, S. Psicoterapia Psicanalítica de Grupo para Mulheres Drogadictas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade:** prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 199-205, 2003. v. 1.

\_\_\_\_\_. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares:** perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005. 194 p.

\_\_\_\_\_. Psicoterapia analítica de grupo com drogadictos: há uma especificidade afinal? Contribuições para uma discussão. **Vínculo:** Revista do NESME, v. 2, n. 5, p. 172-184, 2008.

BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

**Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 134-144, 2006.

BREYTON, D. M. *et al.* O corpo: campo de batalha contemporâneo. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 65- 77, 2002

BRUNSWICK, R. M. (1940) La phase préoedipienne du développement de la libido. In: HAMON, M.-C. **Féminité mascarade**: études psychanalytiques. Paris: Éditions du Seuil, 1994.

BLUME, S. Women and alcohol. **Journal of the American Medical Association**, n. 256, p. 1467-70, 1986.

CAIAFFA, R. *et al.* A sexualização feminina da mulher na contemporaneidade. Da suposta libertação feminina à impossibilidade de sustentar o imprevisível na relação com o outro. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 191-200, 2002.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.

\_\_\_\_\_. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, H. Breve histórico do uso de drogas. In: SEIBEL, S. D. *et. al.* **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 11-26, 2010.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, v. VIII, n. 15, p. 37-64, jan-jun 2003.

\_\_\_\_\_. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006.

CHAGAS, S. S. A mulher toxicômana. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 24, p. 75-88, Mai. 2003.

CHNAIDERMAN, M. O feminino como paradigma da criação. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 79-89, 2002.

CONTE, M. Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis? **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 26, p. 23-33, Mai. 2004.

CROMBERG, R. U. Entre fazer um corpo só e estar só com um corpo: a feminilidade dita de outro modo. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 329-341, 2002.

CRUZ, M. A. S. O paradoxo da saída feminina na cultura contemporânea. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 33-43, 2002.

ELBREDER, M. F. et. al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

ENDO, P. C. **A violência no coração da cidade**: um estudo psicanalítico sobre as violências na cidade de São Paulo. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2005. 315 p.

ESCOHOTADO, A. **História Elementar das Drogas**. Lisboa: Antígona, 2004. 226 p.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

FERNANDES, M. I. A. A subjetividade à luz de uma teoria dos grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 5, n.1/2, p. 285-296, 1994.

\_\_\_\_\_. O Trabalho Psíquico da Intersubjetividade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 47-55, 2003.

\_\_\_\_\_. **Negatividade e vínculo**: a mestiçagem como ideologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 168 p.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. 10 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 232 p.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 7 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985a. 152 p.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III**: o cuidado de si. 8 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985b. 246 p.

FREUD, S. (1895) **Projeto para uma Psicologia Científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I)

FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895) **Estudos sobre a Histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II)

\_\_\_\_\_. (1900a) **A Interpretação dos Sonhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IV)

\_\_\_\_\_. (1900b) **A Interpretação dos Sonhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. V)

\_\_\_\_\_. (1905) **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII)

\_\_\_\_\_. (1908) **Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX)

\_\_\_\_\_. (1913 [1912-13]) **Totem e Tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI)

\_\_\_\_\_. (1914) **Sobre o Narcisismo: uma introdução**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV)

\_\_\_\_\_. (1915) **Os Instintos e suas Vicissitudes**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV)

\_\_\_\_\_. (1919a) **O ‘Estranho’**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII)

\_\_\_\_\_. (1919b) **Introdução a Psicanálise e as Neuroses de Guerra**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII)

\_\_\_\_\_. (1920) **Além do Princípio do Prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII)

\_\_\_\_\_. (1921) **Psicologia de Grupo e Análise do Ego**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII)

\_\_\_\_\_. (1923) **O Ego e o Id**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX)

\_\_\_\_\_. (1924) **O Problema Econômico do Masoquismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. ((Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX).

\_\_\_\_\_. (1925) **A Negativa**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX).

\_\_\_\_\_. (1926 [1925]) **Inibições, Sintoma e Ansiedade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX).

\_\_\_\_\_. (1927) **Fetichismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI).

\_\_\_\_\_. (1930 [1929]) **O Mal-Estar na Civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI).

\_\_\_\_\_. (1931) **Sexualidade Feminina**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXI).

\_\_\_\_\_. (1933a [1932]) **XXXIII Conferência. Feminilidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII).

\_\_\_\_\_. (1933b [1932]) **Por Que a Guerra?** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII).

\_\_\_\_\_. (1937) **Análise Terminável e Interminável**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII).

\_\_\_\_\_. (1939 [1934-38]) **Moisés e o Monoteísmo: Três Ensaio**s. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII).

\_\_\_\_\_. (1940 [1922]) **A Cabeça de Medusa**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII).

FUKS, L. B. Diferentes momentos da evolução feminina. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 105-114, 2002

GONÇALVES, G. G. R.; DELGADO, S.; GARCIA, C. A. A toxicomania e a busca da felicidade na sociedade de consumo. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu**. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 119-128, 2003. v. 1.

GOMES, K. V. **O Mal-Estar do Encontro**: um estudo sobre a toxicomania em uma Instituição Pública de Saúde. 2002. 2 v. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002

GUILLAUMIN, J. Étrange espèce d'espace ou la pensée du négatif dans le champ de la psychanalyse. In: MISSENARD, A. et. al. **Le négatif**: figures et modalités. Paris: Dunod, p. 23-46, 1989.

GUIMARÃES, A. B. P. **Mulheres dependentes de álcool**: levantamento transgeracional do genograma familiar. 2009. 201 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

GURFINKEL, A. C. A angústia: pensando as fobias em mulheres. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 93-103, 2002.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Vozes, 1995. 295 p.

\_\_\_\_\_. **Do sonho ao trauma**: psicossoma e adicções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 294 p.

\_\_\_\_\_. Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. **Psychê**, São Paulo, Ano XI, n. 20, p. 13-28, jan.-jun./2007

HOCHGRAF, P. B. **Alcoolismo feminino**: comparação das características sociodemográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1995. 112 p.

HOCHGRAF, P. B., ANDRADE, A. G. A Questão do Gênero nas Farmacodependências. In: Cordas, T. A.; Salzano, F. T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 85-103, 2004.

HOCHGRAF, P. B., BRASILIANO, S. Mulheres e substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. et. al. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 1025-1042, 2010.

KAËS, R. et. al. **Crisis, ruptura y superación**: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1979. 265 p.

KAËS, R. **L'idéologie études psychanalytique**: mentalité de l'idéal et esprit de corps. Paris: Dunod, 1980. 284 p.

\_\_\_\_\_. Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs. In: MISSENARD, A. et. al. **Le négatif**: figures et modalités. Paris: Dunod, p. 101-136, 1989.

\_\_\_\_\_. **O grupo e o sujeito do grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 334 p.

\_\_\_\_\_. **Las teorías psicoanalíticas del grupo**. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A., 2000. 144 p.

\_\_\_\_\_. O Intermediário na Abordagem Psicanalítica da Cultura. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 15-33, 2003.

\_\_\_\_\_. **La palabra y el vínculo: procesos asociativos en los grupos**. Buenos Aires: Amorrortu, 2005a. 359 p.

\_\_\_\_\_. **Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005b. 258 p.

\_\_\_\_\_. **A mínima diferença: masculino e feminino na cultura**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 269 p.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2008. 281 p.

KRISTEVA, J. Commentaires sur le texte de J. Guillaumin. In: MISSENARD, A. et. al. **Le négatif: figures et modalités**. Paris: Dunod, p. 47- 56, 1989.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise**. 11ª ed. rev. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 552 p.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, p. 500-503, 1983.

LEITE, E. B. P. O feminino familiar. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (Org.) **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, p. 255-264, 2002.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 340 p.

\_\_\_\_\_. **A Era do Vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri, SP: Manole, 2005. 198 p.

LOUREIRO, C. S.; LESCHER, A. D. Drogas: uma experiência dionisíaca. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 22-25, 2006.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. et. al. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 27-38, 2010.

MATOS, O. Os muitos e o Um: Logos mestiço e hospitalidade. **Ide: psicanálise e cultura**. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, v. 31, n. 47, p.8-15, 2008.

MCDUGALL, J. **As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 270 p.

- MENESES, A. B. **Figuras do feminino**: na canção de Chico Buarque. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001. 164 p.
- MENEZES, L. C. Sexualidade e pós-modernidade. **Ide**: psicanálise e cultura. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, v. 31, n. 47, p. 44-47, 2008.
- MISSENARD, A. Identificación y processo grupal. In: ANZIEU, D. et. al. **El trabajo psicoanalítico en los grupos**. Mexico: Siglo Veintiuno Editores, p. 349-400, 1978.
- MISSENARD, A. et. al. **Le négatif**: figures et modalités. Paris: Dunod, 1989. 181 p.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
- MUNDURUCA, G. O. **Contribuição para o estudo da constituição psíquica de mulheres alcoolistas**. 2008. 204 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- MUSZKAT, S. Desamparo e violência de gênero: uma formulação. **Ide**: psicanálise e cultura. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, v. 31, n. 47, p. 125-132, 2008.
- MIJOLLA-MELLOR, S. de. **A necessidade de Crer**: a metapsicologia do fato religioso. São Paulo: Unimarco, 2004. 280p.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
- NERI, R. **A psicanálise e o feminino**: um horizonte da modernidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 306 p.
- NÓBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.
- PACHECO, A. L. P. O feminino e as drogas na atualidade. **Mental**, Barbacena, ano V, n. 9, p. 47-61, Nov. 2007.
- RENNÓ Jr., J. et. al. Saúde Mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27 (Suplemento II), p. S73-76, 2005.
- RIBEIRO, L. Uso religioso e ritual de substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 435-439.

ROSA, J. G. **Primeiras estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 236 p.

ROSENBAUM, Y. Notas sobre o conto “O espelho”, de Guimarães Rosa. **Ide:** psicanálise e cultura. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, São Paulo, v. 31, n. 47, p. 75-78, 2008.

ROSENFELD, H. A. Da toxicomania. In: \_\_\_\_\_. **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 148-165, 1968.

ROSOLATO, G. Le négatif et son lexique. In: MISSENARD, A. et. al. **Le négatif:** figures et modalités. Paris: Dunod, p. 9-22, 1989.

ROUSSILLON, R. Le pacte dénégatif originaire, le domptage de la pulsion et l’effacement. In: MISSENARD, A. et. al. **Le négatif:** figures et modalités. Paris: Dunod, p. 137-152, 1989.

SCHNEIDER, M. **Le féminin expurgé:** de l’exorcisme à la psychanalyse. Paris: Éditions Retz, 1979. 191p.

\_\_\_\_\_. **Freud et le plaisir**. Paris: Denoël, 1980. 241p.

\_\_\_\_\_. **La part de l’ombre:** approche d’un trauma féminin. Paris: Aubier, 1992. 229p.

\_\_\_\_\_. Trauma e filiação em Freud e em Ferenczi. **Percorso** – Revista de Psicanálise, São Paulo, ano 6, n. 10, p. 31-39, 1993.

\_\_\_\_\_. **Genealogia de lo masculino**. Buenos Aires: Paidós, 2003. 368 p.

\_\_\_\_\_. **Le paradigme féminin**. Paris: Flammarion, 2006. 344 p.

SEIBEL, S. D. et. al. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. 1192 p.

SILVEIRA, D. X.; GORGULHO, M. (Org.) **Dependência:** compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. 258 p.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. 494 p.

VERNANT, J.-P. **O universo, os deuses e os homens**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 209 p.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208 p.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 456 p.

ZILBERMAN, M. L. Uso de drogas entre mulheres. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu**. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 175-186, 2003. v. 1.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27 (Suplemento II), p. S51-55, 2005.

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES: UMA COMPREENSÃO ALÉM DO SINTOMA

Eu, ..... idade: .....

R.G.....endereço:.....

....., Telefone: ....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da pesquisadora: Katia Varela Gomes do Curso de Doutorado do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 – O objetivo da pesquisa é investigar a questão da dependência química em mulheres e sua relação com o contexto social, atendidas neste Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas;

2 – Durante o estudo serão feitas sessões em grupo. Serão realizados quinze encontros em grupo;

3 – As sessões serão transcritas após cada encontro. Os registros ficarão sob posse da pesquisadora e serão única e exclusivamente utilizadas para os objetivos desta pesquisa;

4 – Se, a partir da participação na pesquisa, for identificada a necessidade de se realizar algum tipo de encaminhamento com relação a atendimento em Saúde Mental, a pesquisadora se responsabilizará em realizar tais encaminhamentos;

5 – Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

6 – Posso a qualquer momento solicitar à Katia Varela Gomes novos esclarecimentos sobre a pesquisa. Endereço de contato neste CAPS ad, as quartas-feiras das 15h às 16h, durante os meses de outubro, novembro, dezembro de 2009.

7 – Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

8 – A interrupção da minha participação não causará qualquer tipo de prejuízo ou penalização;

9 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo;

10 – Os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos expostos acima, incluída sua apresentação em eventos científicos e publicação na literatura científica especializada. Em todas essas etapas será garantido o sigilo com relação à identificação dos participantes;

11 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa. Endereço de contato - Av Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP – Fone: (11) 3097-0529;

12 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Katia Varela Gomes  
Pesquisadora responsável pelo estudo