

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Gabriella Valle Dupim da Silva

**Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas
amorosas**

Rio de Janeiro
2014

Gabriella Valle Dupim da Silva

**Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas
amorosas**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador:
Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset
Co-orientador:
Prof. Dr. Jean-Luc Gaspard

Rio de Janeiro
2014

Dupim, Gabriella Valle da Silva

Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas/ Gabriella Valle Dupim da Silva.

Rio de Janeiro: UFRJ. 2014.

242f.

Tese (Doutorado em Psicologia) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia,
Rio de Janeiro, 2014.

Orientação: Vera Lúcia Silva Lopes Besset

Co-orientação: Jean-Luc Gaspard

1. Angústia 2. Corpo. 3. Dor crônica. 4. Feminino. 5. Amor e Gozo
Teses.

I. Besset, Vera Lúcia Silva Lopes (Orient.). II. Gaspard, Jean-Luc (Co-orient.)
III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV.
Título.

Gabriella Valle Dupim da Silva

Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em 25 de fevereiro de 2014.

Prof^a. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset, UFRJ (Orientadora)

Prof. Dr. Jean-Luc Gaspard, Université Rennes 2 (Co-orientador)

Prof^a. Dra. Ruth Helena Cohen, UFRJ

Prof^a. Dra. Ana Maria Rudge, PUC-Rio

Prof^a. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti, UFAL

Prof. Dr. Marcelo Veras, UFBA

Prof. Dr^a. Hebe Signorini Gonçalves, UFRJ (Suplente)

Prof. Dr. Jurandyr Nascimento Silva Junior, FEAP (Suplente)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Vera Lopes Besset, por todo investimento ao longo desses onze anos de parceria, desde a Iniciação Científica. Pela transmissão do desejo de saber e pela orientação atenta e cuidadosa ao longo deste e de outros trabalhos, frutos desse encontro fortuito da psicanálise e da academia. Por me fazer acreditar que eu poderia ir mais além, realizando um doutorado em co-tutela, e por manter-se firme ao meu lado nesse percurso árduo.

Ao meu co-orientador, Professor Jean-Luc Gaspard, por ter aceitado orientar minha tese de doutorado em co-tutela na Université Rennes 2. Por toda a disponibilidade e acolhida durante meu período na França. Por ter me ensinado como se faz uma pesquisa clínica em psicanálise, pelas conversas e orientações rápidas, mas não menos densas, *au café* e *aurestau*.
U.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, fundamental à minha formação acadêmica no Brasil e na França. À FAPERJ por ter me concedido uma bolsa de doutorado nota 10, por mérito no último ano de meu doutorado.

Às Professoras Ruth Cohen e Rita Manso, pelas ricas contribuições em meu exame de qualificação, que me fizeram avançar.

Aos professores Ana Maria Rudge, Ruth Cohen, por terem aceitado o convite para participar de minha banca, e em especial a Marcelo Veras e Susane Zanotti, pela disponibilidade de, além de compor minha banca, fazerem o *rapport* de minha tese em tão

pouco tempo.

À Ana e ao Giancarlo, pela dedicação em me ajudar nos trâmites institucionais do curso de doutorado na UFRJ. À Madame Bisson, por me indicar o que é ser um doutorando na França, com muita paciência e docilidade.

À Christine Jancert, pela transcrição das entrevistas em francês, por partilhar comigo os mal-entendidos da linguagem nas reuniões de pesquisa e me fazer compreender que eles estarão sempre lá, independente do conhecimento da língua. Ao Alain Besset, por me apresentar a língua francesa com humor e pela tradução precisa em tempo recorde.

Ao Daniel Moreira, pela revisão da redação e pela formatação da tese.

Aos amigos que fiz ao longo desses anos na pesquisa coordenada pela Prof^a Vera Lopes Besset e aos colegas da Pós-Graduação, pelas leituras atentas, contribuições valiosas e pelo companheirismo nos seminários e reuniões de pesquisa. Em especial Bruna Brito, Marina Espinoza, Pedro Moacyr, Lívia Carvalho, Carla Fernandes, Andrea Rolo, Fábio Barreto, Claudio Melo e Bruno Reis também pela indicação da epígrafe.

Aos usuários do *Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica*, no município de Belford Roxo, por me ensinarem sobre a função e a singularidade da dor de cada um.

À Heloisa Caldas, por sustentar o desejo necessário para que eu me oriente ao que cessa de não se escrever.

Ao meu parceiro David Soares, por suportar minha demanda de amor infinita.

À Arminda Gonçalves, por suas orações.

À *mi querida mamá*, que sempre me incentivou a seguir em frente mesmo quando tinha a sensação que era impossível continuar. Por todo amor e por ter *volvido* a cuidar de mim como *unaniña* nessa reta final. Pela tradução do meu *resumen* e me tirar dúvidas sobre os falsos cognatos em minhas leituras dos textos em espanhol. Ao meu irmão, pelo desejo de saber sobre a psicanálise e por suas perguntas nada ingênuas que me fizeram escrever para o Outro. E também por me ensinar que as *montanhas-russas* apesar de assustadoras, não nos matam. Ao meu pai, pela transmissão possível e por sustentar meu desejo de seguir em direção à carreira acadêmica. Também por ter me presenteado, certamente, mesmo sem saber meu tema de pesquisa, com o *Elogio da loucura*, de Rotterdam.

Aos meus amigos doutores e doutorandos, Alessandro Gemino, Claudio Frydman, Douglas Nunes, Nathan Debortoli e Marina Espinoza, por compartilhar as angústias dessa trajetória que só quem escreve uma tese experimental. Em especial à minha irmã de coração Bruna Brito, por atender às minhas urgências subjetivas e David Soares, por toda paciência e pela grande disponibilidade em me ouvir e ajudar nos momentos mais obscuros.

Às minhas amigas queridas, Juliana Morená, Bruna Guaraná, Amanda Pilão, Beatriz De-Polli, Mila Aranha, Marina Moraes e Marisa Makler, pela amizade delicada e cuidadosa, pela preocupação, pelas longas conversas sobre o feminino e o amor. Por me fazerem rir quando tudo parecia trágico, me permitindo conduzir esse trabalho com mais leveza.

À minha família *Rennais*, Israel Barroso, Fábio Graziano, Rafael Ireno, Paloma Trillo, Caroline Esselin, Arnaud Lannier, em especial à Su e Walter, pelo aconchego do lar.

A todos aqueles que torceram por mim e contribuíram de algum modo nessa longa caminhada.

De Mais Ninguém

(Letra de Marisa Monte e Arnaldo Antunes)

*Se ela me deixou, a dor
É minha só, não é de mais ninguém.
Aos outros eu devolvo a dó
Eu tenho a minha dor.
Se ela preferiu ficar sozinha,
Ou já tem um outro bem
Se ela me deixou a dor é minha,
A dor é de quem tem.*

*É meu troféu, é o que restou,
É o que me aquece sem me dar calor.
Se eu não tenho o meu amor,
Eu tenho a minha dor
A sala, o quarto, a casa está vazia,
A cozinha, o corredor.
Se nos meus braços ela não se aninha,
A dor é minha.*

*Se ela me deixou, a dor
É minha só, não é de mais ninguém
Aos outros eu devolvo a dó
Eu tenho a minha dor
Se ela preferiu ficar sozinha,
Ou já tem um outro bem
Se ela me deixou,
A dor é minha,
A dor é de quem tem*

*É o meu lençol, é o cobertor.
É o que me aquece sem me dar calor
Se eu não tenho o meu amor,
Eu tenho a minha dor
A sala, o quarto,
A casa está vazia,
A cozinha, o corredor.
Se nos meus braços,
Ela não se aninha,
A dor é minha, a dor.*

RESUMO

DUPIM, Gabriella Valle da Silva. *Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas*. Rio de Janeiro, 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Na atualidade, os sintomas corporais que não apresentam um substrato orgânico preciso têm sido cada vez mais frequentes, sinalizando para os profissionais de saúde a importância de um tratamento multidisciplinar. Isso mobiliza os governantes a intervir nas políticas públicas de saúde levando-os a criar, regulamentar e fazer valer uma série de leis e diretrizes para o tratamento das síndromes dolorosas em inúmeros países, como o Brasil e a França. O reconhecimento médico de fatores subjetivos nas síndromes de dor crônica aponta para um tratamento que não se restrinja a medicalização, mas que inclua outras intervenções, como terapias que auxiliem no alívio da dor, dentre elas a psicanálise. A participação no Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica e as estatísticas médicas, nos indicam que a maioria dos que sofrem de dor crônica são mulheres. A análise dos prontuários e a escuta dos pacientes do referido serviço apontam que muitas dessas mulheres apresentam sofrimentos na esfera amorosa, com a mãe ou um parceiro sexual, que as lançam muitas vezes em extrema angústia. A partir dessa experiência nos interessamos em investigar o tema central dessa tese que tem como hipótese de que a dor crônica imotivada poderia para certas mulheres, ser um efeito da devastação feminina no corpo. Para verificarmos essa proposta empreendemos uma pesquisa em psicanálise que utilizou como metodologia a análise de discurso de duas entrevistas clínicas realizadas a partir de um roteiro semi estruturado, que nos indicou a relação desses sujeitos com o corpo, o amor, e a função da dor e do amor. O aprofundamento teórico sobre a dor, o corpo e a posição feminina diante do amor e do gozo nos forneceu subsídios para a análise dos dados desta pesquisa. Inicialmente, procuramos traçar um panorama sobre o estatuto da dor para a medicina e a psicanálise. Para a medicina, a dor constitui um objeto de avaliação, classificação e tratamento. A psicanálise se interessa pelos mecanismos psíquicos da formação da dor e a função singular desta para cada sujeito. Como a dor afeta o corpo, investimos um estudo sobre a especificidade do corpo para a psicanálise, que difere da medicina, por não restringi-lo a um organismo. O corpo que a psicanálise trata é pulsional, afetado pela linguagem, e pode ser abordado a partir de três dimensões: simbólica, imaginária e real. Cada dimensão apresenta uma função crucial na estruturação do sujeito. O último ensino de Lacan apresenta uma nova concepção de corpo, que inclui o gozo, vivificando-o. Com a noção de corpo vivo o sintoma pode ser entendido como um acontecimento de corpo, pois não se oferece à decifração, revelando sua vertente de gozo que resta silencioso. Essa nova concepção do sintoma nos interpela se a dor crônica poderia funcionar para alguns falasseres como um acontecimento de corpo. Se o gozo é condição para que haja um corpo vivo, isso afeta de forma diferente homens e mulheres. As mulheres apresentam uma forma de gozar erotomaníaca, que dirige-se ao amor, pois trata-se de um gozo Outro, suplementar, não todo regido pela lógica fálica como o do homem. A particularidade da posição de gozo feminino implica em dificuldades para certas mulheres nas relações amorosas com a mãe e com os parceiros sexuais. Na devastação há uma demanda de amor infinita que retorna para o falasser feminino, no qual o importante é ser amada mesmo como objeto dejetivo, não havendo concessões em que cada uma pode fazer em nome de ser amada por um homem. Como gozo feminino é ilimitado e não possui uma localização corporal precisa como o gozo masculino, entendemos que em alguns casos a dor crônica

imotivada, poderia ser uma tentativa de circunscrever no corpo os excessos do gozo feminino que se apresentam nas parcerias amorosas sob a face da devastação.

Palavras-chave: angústia; corpo; dor crônica; feminino; amor e gozo.

ABSTRACT

DUPIM , Gabriella Valle da Silva . *Anguish , body and pain: the particularities loving choices* . Rio de Janeiro , 2014. Thesis (Ph.D. in Psychology) - Institute of Psychology , Federal University of Rio de Janeiro , Rio de Janeiro , 2014.

At present , the physical symptoms that do not have a precise organic substrate have been increasingly frequent , signaling to healthcare professionals the importance of a multidisciplinary approach . This mobilizes governments to intervene in public health policies leading them to create , regulate and enforce a number of laws and guidelines for the treatment of pain syndromes in many countries , such as Brazil and France . The medical evaluation of subjective factors in chronic pain syndromes points to a treatment that is not restricted to medicalization , but include other interventions, such as therapies that help in relieving pain , among them psychoanalysis . Participation in the Research and Monitoring of Patients with Chronic Pain and medical statistics indicate that a majority of those who suffer from chronic pain are women . The analysis of medical records of patients and listening to that service point that many of these women present sufferings in loving sphere, with the mother or a sexual partner , the cast often in extreme anguish . From this experience we are interested in investigating the central theme of this thesis whose causeless hypothesis that chronic pain for some women might be an effect of female havoc in the body . To check this proposal we undertook a research in psychoanalysis methodology as that used discourse analysis of two clinical interviews from a semi- structured interview , which indicated the relationship in these subjects with the body , love, and pain and function love. The theoretical study on the pain , the body and the female position on the love and enjoyment provided us information for analysis of research data . Initially , we tried to give an overview on the status of pain for medicine and psychoanalysis . For medicine , pain is an object of assessment, classification and treatment . Psychoanalysis is interested in the mechanisms of formation of psychic pain and function of this unique for each subject . How pain affects the body , invested a study on the specificity of the body for psychoanalysis , which differs from medicine, not to restrict it to a body . The body is that psychoanalysis is instinctual , affected by the language , and can be approached from three dimensions : symbolic , imaginary and real. Each dimension has a critical role in structuring the subject . The last teaching of Lacan presents a new conception of the body , including the enjoyment , vivifying it . With the notion of living body the symptom can be understood as an event of the body because it does not offer the decipherment , revealing her enjoyment of present that remains silent . This new meaning of symptom challenges us to chronic pain could work for some speakingbeings as an event body . If enjoyment is requisite for a living body , it affects men and women differently . Women have a way of enjoying erotomaníaca , which addresses the love, because it is an Other jouissance , a supplementary , not all governed by the phallic logic as man . The particularity of the feminine jouissance position entails certain difficulties for women in loving relationships with her mother and sexual partners . In devastation there is a demand of infinite love which returns to the female speakingbeing , in which the material is to be loved even as manure object , with no concessions in which each can do in the name of being loved by a man . How feminine jouissance is unlimited and does not have a precise location body as the male enjoyment , we understand that in some cases unmotivated chronic pain , could be an

attempt to limit the excesses in the body of feminine jouissance that appear in romantic partnerships in the face of devastation.

Keywords : anxiety , body, chronic pain and female , love and joy .

RÉSUMÉ

DUPIM, Gabriella Valle da Silva. *Angoisse, corps et douleur : particularités dans les choix amoureux*. Rio de Janeiro, 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Actuellement, les symptômes physiques qui n'ont pas un substrat organique précis ont été de plus en plus fréquente, et remarque aux professionnels de santé l'importance d'une approche multidisciplinaire. Cette mobilise les gouvernements à intervenir dans les politiques de santé publique qui les conduit à créer, et faire appliquer un certain nombre de lois et de directives pour le traitement des syndromes de douleur dans de nombreux pays, comme le Brésil et la France. L'évaluation médicale de facteurs subjectifs dans les syndromes de douleur chronique pointe vers un traitement qui n'est pas limitée à la médicalisation, mais inclure d'autres interventions, comme les thérapies qui aident à soulager la douleur, dont la psychanalyse. La participation au Service Recherche de la Surveillance des Patients Atteints de Douleur Chronique et les statistiques médicales indiquent que la majorité de ceux qui souffrent de douleur chronique sont des femmes. L'analyse des dossiers médicaux et l'écoute de patients du service indiquent que bon nombre de ces femmes souffrances actuelles dans la sphère d'amour, avec la mère ou un partenaire sexuel, la distribution souvent dans une extrême angoisse. De cette expérience, nous sommes intéressés à l'enquête le thème central de cette thèse, dont l'hypothèse que la douleur chronique sans cause précis, pour certaines femmes peut être un effet de ravages dans le corps féminin. Pour vérifier cette proposition, nous avons entrepris une recherche sur les méthodes de la psychanalyse que celui utilisé l'analyse du discours des deux entretiens cliniques d'une entrevue semi-structurée, ce qui indique la relation de ces sujets avec le corps, l'amour, et la douleur et la fonction d'amour. L'étude théorique sur la douleur, le corps et la position des femmes sur l'amour et le jouissance nous a fourni des informations pour l'analyse des données de recherche. Initialement, nous avons essayé de donner un aperçu sur l'état de la douleur pour la médecine et la psychanalyse. Pour la médecine, la douleur est un objet de l'évaluation, la classification et le traitement. La psychanalyse est intéressé par les mécanismes de formation de la douleur psychique et la fonction de cette unique pour chaque sujet. Comment la douleur affecte le corps, investi d'une étude sur la spécificité de l'organisme pour la psychanalyse, qui diffère de la médecine, de ne pas limiter à un corps. Le corps de la psychanalyse est pulsionnel, affecté par la langue, et peut être abordée à partir de trois dimensions: symboliques, imaginaires et réels. Chaque dimension a un rôle essentiel dans la structuration du sujet. Le dernier enseignement de Lacan présente une nouvelle conception du corps, y compris la jouissance, vivifiant. Avec la notion de corps vivant le symptôme peut être comprise comme un événement du corps, car il n'offre pas le déchiffrement, révélant son jouissance de présent qui reste silencieux. Ce nouveau sens de symptôme nous met au défi de la douleur chronique pourrait fonctionner pour certains parlêtres en tant qu l'événement de corps. Si le jouissance est nécessaire pour un corps vivant, il affecte les hommes et les femmes différemment. Les femmes ont une façon de jouir erotomaníaque, qui traite de l'amour, parce que c'est une Autre jouissance, une jouissance supplémentaire, pas tous régis par la logique phallique que l'homme. La particularité de la position de la jouissance féminine entraîne certaines difficultés pour les femmes dans la relation amoureuse avec sa mère et ses partenaires sexuels. Au ravage il ya une demande de l'amour infini qui renvoie à la parlêtre femelle, dans laquelle le matériau doit être aimés comme objet de dechet, sans concessions dans lequel chacun peut faire au nom d'être aimée par un homme. Comment la jouissance féminine est illimité et n'a pas une localisation précise

au corps comme la jouissance masculine, nous comprenons que, dans certains cas, la douleur chronique démotivés, pourrait être une tentative de limiter les excès dans le corps de la jouissance féminine qui apparaissent dans des partenariats amoureux face au ravage.

Mots-clés: angoisse; corps; douleur chronique; féminin; amour e jouissance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1: A DOR CRÔNICA ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE	23
1.1 POLÍTICAS FRANCO-BRASILEIRAS PARA O TRATAMENTO DA DOR	24
1.2 A DOR QUE A MEDICINA TRATA: CLASSIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE DOR CRÔNICA	32
1.3 PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS PARA A DOR	37
1.4 ASPECTOS SUBJETIVOS DA DOR NA CULTURA	39
1.5 A PSICOGÊNESE DA DOR	44
1.6 DOR, ANGÚSTIA E PERDA DO OBJETO	50
CAPÍTULO 2: O CORPO QUE A PSICANÁLISE TRATA: PULSÃO, GOZO E ACONTECIMENTO DE CORPO	56
2.1 O CORPO EM FREUD: DA CONVERSÃO À PULSÃO	58
2.2 AS DIMENSÕES DO CORPO EM LACAN: IMAGINÁRIO, SIMBÓLICO E REAL	63
2.3 OS PARADIGMAS DO GOZO	67
2.4 OS OBJETOS A SOLETRADOS NO CORPO	73
2.5 ANGÚSTIA NÃO É SEM OBJETO	78
2.6 ACONTECIMENTO DE CORPO NA NEUROSE E NA PSICOSE	82
2.7 OS EMBARAÇOS DO CORPO NO AMOR E NA PERDA DO OBJETO	88
CAPÍTULO 3: POSIÇÃO FEMININA: DA SEXUAÇÃO À ESCOLHA AMOROSA	94
3.1 AS FÓRMULAS DA SEXUAÇÃO E O NÃO-TODO	96
3.2 TER OU SER O FALO: A MASCARADA	101
3.4 DEVASTAÇÃO: UM NOME PARA A DOR DE AMOR	111
3.5 EROTOMANIA E MÍSTICA: UM AMOR FORA DOS LIMITES	117
3.6 LÓGICAS DA VIDA AMOROSA	121
CAPÍTULO 4: ESTUDOS DE CASO DE DOR CRÔNICA COMO EFEITO DA DEVASTAÇÃO FEMININA NO CORPO	132

4.1 PESQUISA EM PSICANÁLISE	134
4.2 O SUJEITO DA PSICANÁLISE: DA ENUNCIÇÃO AO FALASSER	138
4.3 METODOLOGIA	141
4.4 ESTUDOS CLÍNICOS	144
4.4.1 Uma mulher sufocada	144
4.4.2 Uma salvação pelo amor	149
4.4.3 Um amor que transborda	159
4.5 A DOR COMO PARCEIRO-SINTOMA	169
4.6 ENTRE O DISCURSO MÉDICO E O DISCURSO DO ANALISTA: QUE TRATAMENTO POSSÍVEL PARA A DOR CRÔNICA?	173
CONCLUSÃO	179
ANEXOS	185
ANEXO I: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	186
ANEXO II: TRANSCRIÇÃO TRADUZIDA DA ENTREVISTA 1	191
ANEXO III: TRANSCRIÇÃO TRADUZIDA DA ENTREVISTA 2	203
ANEXO IV: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	222
REFERÊNCIAS:	224
ÍNDICE REMISSIVO DE CONCEITOS E PALAVRAS	236
ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES	238

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema de investigação da presente tese, a posição feminina em relação ao amor e ao gozo, surgiu da análise de um caso clínico. Tratava-se de uma mulher, acompanhada em âmbito institucional, que adotava em suas parcerias amorosas um lugar de objeto-dejeto, oferecendo-se sem limites aos parceiros. Nas parcerias em que estabeleciaera constantemente degradada e humilhada, chegando mesmo, em uma situação limite, a fugir com um desses homens e deixar para trás seus seis filhos.

Ao oferecer uma escuta a essa mulher, aparece em sua história uma demanda de amor excessivadirigida à mãe desde sua infância, como uma tentativa de ser olhada e reconhecida. O acompanhamento desse caso suscitou nosso interesse em investigar sobre a devastação feminina nas parcerias amorosas, que posteriormente, a partir de estudos teóricos, entendemos como uma repetição da relação mãe-filha.

Concomitante a essa experiência clínica, as investigações sobre o corpo e a dor crônica emambos os laboratórios de pesquisados quais participamos, tanto o CLINP (UFRJ/CNPq), no Brasil, quanto o *Laboratoire deRecherches en psychopathologie clinique: Champs et pratiques spécifiques*(Université Rennes 2), na França, nos despertaram o interesse sobre um possível enlaçamento entre a dor crônica, o corpo e as escolhas amorosas femininas, que nesses casos são permeados pela angústia.

Esse interessenos levoua participar da pesquisa desde 2012,integrando o Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica, no município de Belford Roxo, uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com o núcleo de pesquisa CLINP.Nessa experiência atendemos sobretudo mulheres, que sofrem de dor crônica, aparentemente imotivada, como fibromialgias, cefaleias, entre outras dores.

A análise dos prontuários dos usuários que estão em tratamento, ou que já passaram

pelo serviço, e que são atendidos também por outros colegas do CLINP, indica que praticamente 99% dos usuários são mulheres, dentre elas muitas apresentam concomitantemente sofrimentos na esfera amorosa. Como veremos nesta tese, esses dados estão em consonância com as pesquisas médicas, principalmente reumatológicas, realizadas em países como o Brasil e a França.

Desse modo, a prática clínica está na base da construção desta tese, a partir da hipótese de que a dor crônica, para certas mulheres, seria um efeito da devastação feminina no corpo. A dor seria uma tentativa de localizar, circunscrever, algo do sem limites do gozo feminino no corpo. Assim, a dor poderia ser um anteparo frente a uma parceria devastadora no campo do amor, seja com a mãe, seja com um parceiro sexual.

Para verificarmos a pertinência de nossa hipótese, nos dedicamos ao longo de quatro capítulos ao aprofundamento do estudo da dor, do corpo, da posição feminina em relação ao gozo e às escolhas amorosas. Por fim, empreenderemos um estudo clínico, a partir de um caso da literatura psicanalítica e de dados de duas entrevistas efetuadas durante nosso período de doutorado em cotutela na Université Rennes 2.

No primeiro capítulo, traçamos, inicialmente, um panorama sobre o estatuto da dor para a medicina e para a psicanálise. Na atualidade, os sintomas corporais que não apresentam um substrato orgânico preciso têm sido cada vez mais frequentes, sinalizando para os profissionais de saúde a importância de um tratamento multidisciplinar. Isso mobiliza os governantes a intervir nas políticas públicas de saúde levando-os a criar, regulamentar e fazer valer uma série de leis e diretrizes para o tratamento das síndromes dolorosas em inúmeros países, como o Brasil e a França.

Em seguida, procuraremos explicitar a dor a partir do ponto de vista da medicina, como objeto de classificação, avaliação e tratamento. Como veremos, apesar de a medicina abordar a dor como um sintoma de um desequilíbrio orgânico, também considera os efeitos de

fatores subjetivos no corpo. Nosso objetivo de teses direciona ao aprofundamento da investigação sobre as dores consideradas crônicas, que persistem com o tempo apesar de serem abordadas por uma pluralidade de medicações e terapias. Nesse percurso, consideramos relevante executar uma breve explanação sobre os principais modelos teóricos organicistas para o funcionamento da dor, desde Descartes até os dias atuais.

Ainda no primeiro capítulo abordaremos os aspectos subjetivos da dor à luz da cultura, considerando suas variantes interpretações, desde rituais necessários no tornar-se homem ou mulher, até a nomeação de uma doença por uma autoridade médica. Por fim, investigaremos a dor a partir dos pressupostos da psicanálise, que sempre se ocupou de sintomas no corpo sem causa orgânica estabelecida, notadamente na histeria. Freud, nos primórdios da construção da psicanálise, procurou entender os mecanismos psíquicos de formação da dor através de fatores econômicos e energéticos. Logo identificou semelhanças entre a dor, a angústia e a perda de objeto, e procurou diferenciá-las.

No segundo capítulo abordamos o corpo a partir da psicanálise, que se distancia da medicina em sua concepção, não o reduzindo a um organismo. Nossa investigação guia-se nesse momento pela pergunta: de que corpo a psicanálise trata? Inicialmente nos debruçaremos sobre o estatuto do corpo para Freud, desde o princípio de sua clínica, através das conversões histéricas, até sua teoria sobre a pulsão na primeira e segunda tópica, que incluem formas distintas de erotização do corpo. Em seguida, investigaremos a noção de corpo para Lacan, que aborda-o a partir de três dimensões: a imaginária, a simbólica e a real. A primeira refere-se ao corpo da imagem, que nos indica através de nossas identificações nossa unidade; a segunda, ao corpo circunscrito por traços e marcas do significante, que nos permite entrar no laço social com Outro; e a terceira, ao corpo afetado pelos excessos de gozo que estão fora-do-sentido. Nessa trajetória, seguiremos as indicações de Miller, que propõe seis paradigmas distintos para o gozo ao longo do ensino de Lacan. O aprofundamento sobre

as diversas noções de gozo e sobre a diferença entre a forma de gozar do homem e da mulher nos aportam para avançarmos em nossa questão de tese, que investiga a dor crônica como efeito da devastação feminina no corpo.

Como veremos no segundo capítulo, o corpo da psicanálise não é dado de antemão, pois deve ser construído por cada sujeito. Assim, a relação com o próprio corpo, em suas três dimensões, pode produzir alguns embaraços, desde uma sensação de não tê-lo, na psicose, como em crises de angústia, e nas síndromes de dor crônica. As formulações sobre a noção de corpo no último ensino de Lacan, em consonância com os trabalhos do CLINP sobre as funções da dor e do corpo, nos instigam a avançarmos em nossa hipótese a partir de outra vertente. A partir dessa perspectiva o corpo seria vivo, permeado de gozo, e significativo ao mesmo tempo, produzindo sintomas como acontecimentos de corpo. Assim, pretendemos aprofundar essa noção de acontecimento de corpo para verificarmos se a dor crônica poderia ser um efeito da devastação feminina no corpo. Por fim, traremos dois casos da literatura clínica que ilustram os embaraços do sujeito feminino com seu corpo, frente ao amor e à perda do objeto amado.

O terceiro capítulo será dedicado à posição feminina, a partir das fórmulas da sexuação concebidas por Lacan no final de seu ensino e das particularidades de suas escolhas amorosas. Iniciaremos com a sexuação, que propõe a partilha sexual em dois modos de gozo distintos, um próprio ao lado masculino do quadro, gozo fálico, e outro próprio ao lado feminino, não-todo fálico, também chamado gozo Outro. Para entendermos o esquema da sexuação, torna-se imprescindível dedicarmo-nos conjuntamente às categorias modais designadas por Lacan. Para nós, nas relações amorosas femininas marcadas pela devastação, o amor se inscreve na ordem da necessidade, do real da pura insistência de gozo, não deixando espaço para a contingência, que inclui a falta, possibilitando o amor.

Para avançarmos nessa hipótese, pretendemos investigar as implicações psíquicas da

diferença entre os sexos, para uma mulher, a partir da lógica fálica, do *penisneid* e do fenômeno da mascarada. O estudo teórico-clínico sobre o sem limites do gozo feminino, esse gozo Outro, suplementar, que aproxima a mulher não-toda da loucura nos fornece subsídios para aprofundarmos a questão da devastação na relação mãe filha. A devastação implica em uma demanda de amor infinita, erotomaníca, na qual o importante é ser amada, mesmo como objeto-dejeto. No encontro amoroso com um parceiro sexual, a devastação pode conduzir ao pior do amor, sua face de gozo, na qual a insistência de amor retorna para o falasser feminino, lançando-a em um vazio sem fim. Como veremos, a devastação tem uma dupla vertente, a de reivindicação fálica e a dos excessos do gozo feminino, que para nós pode aparecer no corpo como uma dor, por vezes crônica. Por fim, o estudo da lógica da vida amorosa nos conduzirá à questão da particularidade da escolha amorosa e da angústia feminina.

No quarto e último capítulo, procuraremos entrelaçar o que desenvolvemos teoricamente sobre a dor crônica, o corpo e a posição feminina ao longo dos capítulos, a partir de estudos clínicos. Essa proposta pretende verificar se nossa hipótese de tese, da dor crônica como um efeito da devastação feminina no corpo, revela-se pertinente. E ainda, se a dor poderia ter a função de localizar no corpo os excessos do gozo feminino. Para tal, trataremos da especificidade da pesquisa em psicanálise, que trabalha na contramão das categorizações universais, privilegiando o que é próprio a cada um. A partir de entrevistas clínicas realizadas durante nosso período de cotutela na Université Rennes 2, com duas mulheres que sofrem de dor crônica, pretende-se investigar a relação de cada uma com seu corpo, como amor, e a função da dor e do amor em suas vidas. As investigações clínicas nos permitiram indagar se em alguns casos a dor crônica funcionaria como um parceiro-sintoma menos devastador para esses falasseres femininos.

Para finalizar o quarto capítulo, propomos um diálogo possível entre a medicina e a psicanálise, levando em consideração o lugar que cada um desses saberes ocupa no que Lacan

concebeu com a teoria dos quatro discursos. Assim, pretendemos pensar um tratamento, para esses falasseres femininos que sofrem de dor crônica, muitas vezes oriunda de dores de amor, que considere a interlocução entre a medicina e a psicanálise, reconhecendo suas limitações.

CAPÍTULO 1: A DOR CRÔNICA ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE

A dor é o que o ser vivo evita à condição que possa se mover, e ele não pode se mover quando a dor vem do interior (LACAN, 2008a)

A proliferação de sintomas corporais sem substrato orgânico na atualidade vem chamando a atenção dos profissionais da saúde para um tratamento multidisciplinar, conforme explicita a Sociedade Brasileira de Reumatologia e a Academia Francesa de Medicina (BESSET *et al.*, 2010a; MÁRQUEZ, 2007). A dor continua sendo uma das grandes preocupações nas políticas públicas de saúde de inúmeros países, entre os quais o Brasil e a França (GORI; DEL VOLGO, 2005).

Desde os primórdios, a humanidade sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu tratamento (SANTOS, 2009). Os estudiosos da dor encontraram ao longo da história vários registros da existência de estados dolorosos em diversas civilizações, revelando que a expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas (LE BRETON, 2006). Apesar de apresentar um funcionamento neuroquímico universal para a medicina, a dor, apresenta por definição uma percepção subjetiva, respondendo a causas psíquicas diferentes. Cada sujeito em sua singularidade pode contar sua história sobre o surgimento de sua dor (BESSET *et al.*, 2010a).

Pretendemos neste primeiro capítulo discutir o conceito de dor e das síndromes dolorosas, para a medicina e para psicanálise, pois no tratamento de pacientes que padecem de tal sofrimento corporal interessa-nos a interseção e os limites desses saberes. Para tal, procuraremos, de início, explicitar o contexto atual das síndromes de dor crônica no Brasil e na França por meio do estudo histórico das principais portarias, diretrizes e leis que

regulamentam seu tratamento nos dois países¹.

Em seguida nos propomos a descrever a dor como objeto de avaliação, classificação e tratamento para a medicina. A seguir, procuraremos explicitar que o lugar que as investigações sobre a dor ocupam hoje na medicina é fruto de tentativas exaustivas de formalizar o funcionamento da dor por meio de diferentes modelos teóricos. Após essa contextualização, trataremos da questão da dor à luz da subjetividade na cultura. Por fim, discutiremos esse tema à maneira de Freud, que procurou formalizá-lo inicialmente através de um modelo teórico que associa a dor à angústia e à perda de objeto amoroso.

Pretendemos com esse desenvolvimento verificar, a partir de dados da clínica, nossa hipótese principal de que um sofrimento amoroso, para algumas mulheres, pode apresentar efeitos devastadores no corpo, tais como uma dor crônica.

1.1 Políticas franco-brasileiras para o tratamento da dor

Estima-se que a ocorrência de dor crônica seja crescente na contemporaneidade em decorrência de fatores biopsicossociais tais como: novos hábitos de vida; maior longevidade do indivíduo; prolongamento de sobrevivência dos doentes com afecções clínicas fatais; modificações do ambiente em que vivemos; e provavelmente, do reconhecimento de novos quadros dolorosos e da aplicação de recentes conceitos que traduzam seu significado (SBED, 2013).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) é uma referência internacional para o estudo e tratamento da dor. A organização foi criada oficialmente em 9 de maio de 1974 após o encontro de Seattle, nos Estados Unidos, em que os participantes concordaram em fundar uma instituição profissional e multidisciplinar que desenvolvesse

¹ A relevância de traçar um panorama geral sobre a dor crônica no Brasil e na França, revela-se pertinente por esta tratar-se de uma tese de doutorado em cotutela entre uma universidade brasileira e uma francesa.

pesquisas sobre a dor. No ano seguinte à sua fundação, a *IASP* publicou o primeiro periódico oficial, o *Pain*, responsável pela divulgação da instituição até hoje (SANTOS, 2009).

O lançamento do periódico, em 1975, atraiu novos membros para a organização, quase quadruplicando o número de adeptos. Após esse ano, a *IASP* passou a contar com membros de 55 países e 80 linhas de investigação diferentes, favorecendo o *Primeiro Congresso Mundial de Dor*, em Florença, na Itália. A partir desse encontro, ficou acordado que haveria um congresso internacional a cada três anos. Nas décadas de 1970-1980, houve um grande crescimento do número dos centros de dor no mundo (IASP, 2013).

No Brasil, o tratamento da dor teve início na década de 1980 por alguns anesthesiologistas que estudavam e testavam bloqueios nervosos a fim de aliviar os sintomas de dor dos pacientes que frequentavam o Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro. Alguns médicos do Serviço de Anestesiologia desse hospital criaram as primeiras clínicas de Bloqueios Nervosos, estimulando a implementação destas em outros estados brasileiros. Essa iniciativa gerou um movimento de médicos e de outros profissionais de saúde que se interessavam pelo estudo e tratamento da dor, reunindo-se em associações que, posteriormente, ficaram conhecidas como Clínicas de Dor (SBED, 2013).

As Clínicas de Dor procuravam seguir o modelo de tratamento para a dor estabelecido por Bonica (1990), um dos responsáveis pela implementação da *International Association for the Study of Pain* (IASP), nos Estados Unidos. Em 1982, realizou-se em São Paulo um simpósio sobre o tratamento da dor que deu origem à fundação da *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor* (SBED) (CASTRO, 2003, 2009).

A *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor* (SBED) foi crescendo ao longo dos anos, tendo como sócios profissionais de diversas áreas de saúde de todas as regiões do país. Em 1984, foi reconhecida oficialmente pela *IASP*, contando atualmente com 1600 associados interessados em estudar e discutir sobre o tratamento da dor, distribuídos em 17 sociedades

regionais (SBED, 2013). Como meio de divulgação, a SBED veicula um jornal trimestral, o *Jornal Dor*, uma revista quadrimestral, a *DOR: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, além de promover um congresso nacional a cada dois anos (SBED, 2013).

Em 2003, a SBED, apoiada pela *IASP* e pelo Ministério da Saúde, lançou o projeto *Brasil Sem Dor*² que apresentava como principal meta definir uma política nacional de organização dirigida à assistência e educação em dor aguda e crônica. Esse projeto tem como modelo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor do Ministério da Saúde de Portugal e propõe além da criação de unidades de dor organizadas por abrangência e nível de complexidade, cursos de capacitação e educação para os profissionais de saúde (SANTOS, 2009).

Atualmente, essa associação tem por lema cumprir alguns objetivos, dentre eles, um programa amplo de educação continuada de dor; a implantação de normas para o funcionamento de centros de treinamentos em dor e titulação dos especialistas; a inclusão nos currículos de graduação e pós-graduação do tema dor; a valorização das regionais; a edição do livro da SBED; a valorização da revista *Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*; entre outros (SBED, 2013).

Existem no Brasil, segundo o recenseamento da *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 112 Centros de Dor distribuídos na seguinte proporção nas regiões do país: 15 no Nordeste, 3 no Norte, 9 no Centro-Oeste, 25 no Sul e 65 no Sudeste. A maior concentração dos Centros de Dor encontra-se no Sudeste, sendo que em alguns estados como Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Tocantins, Piauí e Mato Grosso não existe nenhum tipo de atendimento especializado. De todos os Centros, apenas 48 estão oficialmente cadastrados.

Embora o surgimento das Clínicas de Dor no Brasil represente a incorporação no país desse novo estatuto conferido à dor crônica e às suas formas de tratamento, esse modelo ainda encontra-se muito aquém da proposta de uma clínica de dor conforme os parâmetros

² Para mais detalhes acessar <http://www.dor.org/projetossemdor.asp>.

internacionais. Segundo Castro (2003, 2009), nem todas as entidades brasileiras que se ocupam do cuidado da dor, aguda ou crônica, poderiam ser classificadas de acordo com os critérios da *IASP* como Clínicas de Dor. O autor verificou que a maioria dos serviços para tratamento de dor no país tem poucos profissionais com treinamento técnico e multidisciplinar. Além disso, seu estudo corroborou a hipótese de que, em muitas clínicas, um mesmo especialista utiliza técnicas diferentes para o tratamento da dor, como, por exemplo, um anestesista que executa tanto bloqueios nervosos terapêuticos como a acupuntura (CASTRO, 2003, 2009).

No contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), apenas em 2002 houve a inclusão das Clínicas da Dor na estrutura de saúde pública, oferecendo serviços especializados à população. A Portaria GM/MS n. 19, de 03 de janeiro de 2002, funda no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, ressaltando a importância da boa assistência aos pacientes com dor (BRASIL, 2002a). A mesma Portaria institui em termos da Secretaria de Atenção à Saúde, o Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, composto de apenas oito médicos e uma enfermeira, não sendo representativo de um serviço que se propõe interdisciplinar.

Em julho de 2002, a Portaria GM/MS n. 1319 cria os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica (CRTDC) na esfera do SUS, definindo que o número de unidades em cada estado seria proporcional à demanda de pacientes. A princípio estava previsto o cadastramento de 174 CRTDC, mas na prática essa estimativa está longe de ser alcançada. O Ministério da Saúde previu essa Portaria “considerando o dever de assegurar aos portadores de dor crônica todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem-estar, direito à vida e acesso ao tratamento e, em especial, acesso ao uso de opiáceos” (BRASIL, 2002b, p.1).

Em relação ao cadastramento e funcionamento dos CRTDC, a Portaria SAS/MS n.

472, de 24 de julho de 2002, afirma que os hospitais devem ser: Centros de alta Complexidade em Oncologia (cadastrado pela SAS³) ou hospital geral (cadastrado pelo SUS) que tenha instalado e em funcionamento alguns recursos mínimos que incluem, entre outros, ambulatório específico para acompanhamento aos pacientes com dor crônica, farmácia hospitalar e centro cirúrgico (SANTOS, 2009). Essa Portaria também define que “o Centro deve contar com uma equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao portador de dor crônica, devidamente capacitada para essa modalidade de atenção” (BRASIL, 2002c, p. 2).

As Clínicas da Dor credenciadas pelo SUS devem contar com uma equipe médica composta das seguintes especialidades: clínico geral, pediatra, anesthesiologista, psiquiatra, neurocirurgião e/ou neurologista, além de enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem designado exclusivamente para o Ambulatório de Tratamento de Dor. A equipe multidisciplinar do Centro deve compreender pelo menos um farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social (SANTOS 2009).

Por fim, a Portaria SAS n. 859, de 12 de novembro de 2002, autoriza o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona*, garante a prescrição segura de anestésicos quando necessário, de acordo com a indicação e complexidade do caso. A partir dos dados abordados até o momento, notamos que a presença legal do psicólogo nas Clínicas de Dor no Brasil é relativamente recente, há apenas 13 anos. A nosso ver, isso indica o desenvolvimento de uma mudança de paradigma no tratamento da dor, antes centrado em anestésias e tratamentos farmacológicos que bloqueiam pontualmente a dor, para um entendimento mais amplo de suas causas.

A abordagem da dor no Brasil e na França teve processos de institucionalização diferenciados. Uma sucinta apresentação do caso francês servirá como uma breve

³ Secretaria de Atenção à Saúde.

contextualização do tema nos dois países. Na França, o reconhecimento e tratamento da dor crônica ocorreu entre 1975-1980, com os primeiros atendimentos oficiais no país (SANTÉ, 2013). Entre 1985-1998 foram criadas várias ações de âmbito nacional, orientados para regulamentação, classificação, avaliação, tratamento e estudo da dor crônica. Dentre elas destacam-se a criação do primeiro ensino universitário da dor (1985), a publicação do ministério da saúde que aborda a questão da dor e cuidados paliativos (1986), a fundação da *Société Francophone d'Etude de la Douleur* (1990), o relatório sobre *Douleur chronique et les structures spécialisées dans son traitement* (1991), o senado anuncia um relatório intitulado *Prendre en charge la douleur* (1994), a publicação do manual do paciente hospitalizado que estipula que todos os hospitais devem oferecer tratamento adequado para dor crônica (1995), a capacitação dos diplomas universitários para o tratamento da dor (1996) (SANTÉ, 2013).

Somente a partir de 1998-2000 o ministério da saúde francês (SANTÉ, 2013) lançou o primeiro plano nacional de ação trienal de luta contra a dor nas instituições de saúde pública e privada. A circular DGS/DH N°98/586, de 22 de setembro de 1998, estabelece novas medidas de cuidados com a dor articuladas em três eixos: desenvolver a luta contra a dor nos estabelecimentos de saúde e rede de cuidado; formar e informar os profissionais de saúde; considerar a demanda dos pacientes (SANTÉ, 2013).

O segundo plano nacional, intitulado *Le programme de lutte contre la douleur*, esteve em vigor no período de 2002-2005 e previu aperfeiçoar o apoio à dor, principalmente as crônicas. Teve como meta prevenir e tratar a dor provocada pelos cuidados, atos cotidianos e cirurgia; melhorar o cuidado com a dor infantil; reconhecer e tratar a enxaqueca. O terceiro projeto teve abrangência de cinco anos, entre 2006-2010 o *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur*, estruturado em quatro axiomas: a melhoria dos cuidados com as pessoas mais vulneráveis (crianças, idosos e pacientes terminais); o reforço da formação dos

profissionais de saúde; uma melhor utilização dos tratamentos medicamentosos e dos métodos não farmacológicos e a estruturação de rede de cuidados (SANTÉ, 2013).

A *Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur* (SFETD) fundada em 1976 representa a IASP na França. A SFETD é responsável por reunir todos os ensinamentos, pesquisas e intervenções que versam sobre a dor. Seus principais objetivos são: estudar os mecanismos da dor; promover uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional da dor; desenvolver métodos de avaliação e de tratamento da dor; orientar a prática clínica e a promoção de ensino e pesquisa; realizar a formação universitária, pós-universitária e permanente; promover uma classificação e nomenclatura em língua francesa das síndromes de dor crônica; difundir o tratamento para a dor nas organizações oficiais, principalmente no que concerne à utilização de medicação; garantir parcerias com instituições nacionais e internacionais para o estudo da dor (SFETD, 2013).

A *Haute Autorité de Santé* (HAS, 2013) é o órgão público que regulamenta os programas de tratamento de dor e cuidados paliativos em todas as regiões francesas. Em dezembro de 2008 a HAS publicou um documento intitulado *Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*, que formaliza o diagnóstico, a avaliação e a orientação do tratamento de pessoas que sofrem da síndrome de dor crônica (HAS, 2013).

Atualmente, o tratamento das síndromes dolorosas crônicas concentram-se nos *Centres Anti-Douleur*, instituições médicas responsáveis por acolher os pacientes que sofrem com essa doença. Eles têm por objetivo aliviar ou diminuir o mal-estar das pessoas que se dirigem a esses centros através de serviços e profissionais especializados em dor. A principal característica desses centros é oferecer um tratamento multidisciplinar, permitindo que o doente seja cuidado integralmente.

Os *Centres Anti-Douleur* estão distribuídos em três estruturas complementares: nos

centros (*les centres*), nas unidades (*les unités*) e nos consultórios (*les consultations*). Os centros oferecem além de tratamento para pessoas com enfermidades dolorosas, ensino e pesquisa nos hospitais universitários (*Centre Hospitalier Universitaire*). Os centros ainda não abrangem todas as regiões da França.

As unidades estão instaladas em clínicas ou em um *Centre Hospitalier Intercommunal* (CHI). Compreendem, por vezes, consultórios e leitos específicos para internação. Os consultórios (*les consultations*) estão geralmente em um hospital, seja ele da rede pública ou privada, e agregam profissionais de diferentes especialidades (anestesiista, reumatologista, neurologista, pediatra, psicólogo, psiquiatra...) que atendem a demanda dos pacientes.

Existem hoje na França 288 estruturas de tratamento para a dor: 163 consultórios (*les consultations*), 90 unidades (*les unités*) e somente 35 centros (*les centres*). Das 22 regiões francesas, 21 contam com consultórios (*les consultations*), 18 apresentam centros (*les centres*) e apenas 16 possuem unidades (*les unités*) anti-dor. Esses dados revelam que, apesar de todas as regiões francesas serem contempladas com pelo menos uma referência para tratamento de síndromes dolorosas, muitas delas não estão ainda associadas a um centro de pesquisa em um hospital universitário.

A partir do levantamento das principais diretrizes, leis e portarias sobre o reconhecimento da dor crônica como doença, no Brasil e na França, notamos uma grande defasagem entre esses dois países. Se na França o tratamento para a dor abrange praticamente todas as regiões do país, no Brasil, esses centros concentram-se na região Sul e Sudeste. Apesar dos avanços em relação ao reconhecimento da dor crônica nas políticas públicas de saúde no Brasil e da inclusão de uma equipe multidisciplinar, os tratamentos para a dor crônica ainda são insuficientes e inacessíveis para uma grande parcela da população.

Outra observação que consideramos relevante em relação ao estatuto da dor crônica em ambos os países diz respeito à própria nomenclatura de tais centros. Enquanto no Brasil os

centros de tratamento de dor são em geral chamados de Centros ou Clínicas de Dor, na França são nomeados de *Centres Anti-Douleur*, revelando a nosso ver uma diferença em relação à abordagem da dor. Um Centro de Dor parece-nos focar mais nos tratamentos para a dor, ao passo que um *Centre Anti-Doleur* nos indica uma preocupação para além da cura, mas também na prevenção dela.

A seguir, abordaremos a dor a partir da ótica da medicina, entendida como um sintoma de algo que não vai bem e que deve ser tratado. Procuraremos descrever de forma sucinta os principais modos de classificação, avaliação e tratamento da dor crônica em vigor atualmente.

1.2 A dor que a medicina trata: classificação, avaliação e tratamento da síndrome de dor crônica

O interesse da psicanálise pela dor crônica justifica-se por haver um sujeito que sofre de uma dor que é real, mesmo não havendo uma causa orgânica clara. A clínica nos ensina que a psicogênese da dor crônica por vezes se vincula a uma representação inconsciente de algum acontecimento penoso da história de vida do sujeito.

Para a medicina, a dor pode ser considerada como um sintoma, como um sinal de alguma doença, afecção orgânica ou de um quadro clínico mais complexo em que algo no corpo não está funcionando bem. No caso da dor crônica, muitas vezes não é possível para a medicina localizar o que vai mal no organismo, pois uma dor que persiste pode estar associada a causas psíquicas. Por essa razão, o tratamento multidisciplinar seria o mais indicado para pacientes com dor crônica.

Desde 1980 a dor crônica encontra-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão 3 (DSM-III), classificada nos transtornos somatoformes com a denominação de Dor Psicogênica. A partir do DSM-III-R passou a ser nomeado Distúrbio

Somatoforme da Dor, caracterizado por “uma preocupação com a dor de no mínimo seis meses e um quadro de dor sem lesão correspondente ou desproporcional àquela esperada para aquele nível de lesão” (DSM-III-R, 1987, p. 342). Essa descrição foi criticada pela falta de especificidade em relação à queixa de dor proporcional à lesão. As versões atuais do DSM-IV e CID-X mantêm uma categoria específica para quadros de dor dentro dos transtornos somatoformes, ressaltando a ligação com fatores e conflitos emocionais, além da dificuldade em precisar a origem orgânica das queixas.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (IASP, 2013).

A partir da descrição do termo dor, entendemos que além de fatores neurofisiológicos a dor apresenta também uma etiologia psíquica. Trata-se de uma sensação física dolorosa, real, sentida pelo sujeito, mas que não se justifica por nenhum motivo aparente, seja ele neurofísico, psicogênico ou uma combinação deles. Assim, a *IASP* reconhece que a dor poderia existir mesmo apenas na realidade psíquica, tendo em vista que há um sujeito que se queixa dela.

A Portaria SAS nº 859, de 12 de novembro de 2002, está em consonância com essa afirmativa: “como a dor é sempre subjetiva, o grau de sua intensidade não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesionado, e muitos fatores podem influenciar a sua percepção, como fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade e sentimentos de desesperança e desamparo” (BRASIL, 2002d, p. 3).

O médico anestesiologista John Bonica, idealizador das clínicas de dor, é a principal referência para o campo ainda hoje. Em 1953, ele publicou um livro intitulado *The management of pain*, considerado por muitos profissionais como a bíblia do diagnóstico e da

terapêutica da dor. Para o autor, a dor pode ser classificada em relação a dois eixos: sua origem (periférica, central ou psicogênica) e por síndromes, quer dizer, pelas regiões do corpo acometidas (SANTOS, 2009). Em consonância com Bonica, a *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor* (SBED, 2013) privilegia a classificação da dor em relação à manifestação temporal dessa. Elas podem ser divididas em três categorias: agudas, crônicas ou recorrentes.

A dor aguda se manifesta momentaneamente, por um período curto, desde minutos até algumas semanas. Está quase sempre associada a lesões em tecidos ou órgãos, gerada por alguma inflamação, infecção, traumatismo, entre outros. Essa modalidade de dor em geral desaparece quando a causa é diagnosticada de forma adequada e quando o paciente segue à risca a orientação de tratamento dado pelo médico especialista.

A manifestação da dor aguda constitui um sintoma fundamental que sinaliza àquele que sente a dor a necessidade de procurar uma assistência médica, a fim de investigar quais as possíveis causas de tal sintoma. Tomemos alguns exemplos: a dor pós-operatória, que aparece após uma cirurgia; a dor de dente; as cólicas de uma forma geral, que podem aparecer mesmo em situações fisiológicas normais, podendo provocar dores agudas na mulher, como a menstruação. No caso da dor crônica, sua expressão é prolongada, podendo se estender de muitos meses a anos. Ela está geralmente associada a um processo de doença crônica.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2013) classifica as síndromes dolorosas em quatro eixos diferentes: região acometida, sistema envolvido, característica temporal da dor, intensidade da dor relatada pelo paciente e etiologia.

As síndromes dolorosas podem atingir as seguintes regiões do corpo: cabeça, face e boca; região cervical; ombros e membros superiores; região torácica; região abdominal; coluna lombos sacral e cóccix; membros inferiores; região pélvica; região perineal, anal e genital. Elas podem estar envolvidas com os seguintes sistemas: nervoso (central, periférico, e/ou neurovegetativos); fatores psicológicos e sociais; respiratório e/ou cardiovascular;

musculoesquelético e/ou tecido conjuntivo; cutâneo, subcutâneo e/ou glandular; gastrintestinal; geniturinário; outros órgãos ou vísceras.

Em relação às características temporais da dor, estas podem ser classificadas em contínuas ou quase contínuas sem flutuações; contínuas com exacerbações; recorrente com regularidade; recorrente sem regularidade; paroxística ou uma combinação delas. A intensidade da dor não pode ser mensurada através de exames ou aparelhos, sendo dividida de acordo com o relato do paciente. Podendo ser leve, moderada ou intensa.

A etiologia das síndromes dolorosas está relacionada a transtornos congênitos ou genéticos; trauma, cirurgias e/ou queimaduras; infecciosa e/ou parasitária; inflamatória; neoplásica tóxica, metabólica e/ou por irradiação; mecânica e/ou degenerativa; disfuncional; desconhecida, psicológica. Apesar do grande esforço das instituições nacionais e internacionais que desenvolvem pesquisas sobre as síndromes de dor crônica, percebemos que sua etiologia em muitos casos pode ser desconhecida. Destacamos que muitas vezes se classifica como desconhecida uma dor psicogênica, indicando que para a literatura médica uma atribuição psíquica poderia ser equivalente a não saber a origem da dor.

Segundo Baszanger (1998) a dor psicogênica estaria ligada a um diagnóstico por exclusão, quer dizer, quando a queixa de dor do paciente não se enquadra em nenhuma classificação. Para Bonica (1990) essa modalidade de dor indicaria um acontecimento psíquico oriundo de alguma disfunção mental grave como a esquizofrenia. Além disso, a dor psicogênica é frequentemente classificada de forma errônea devido ao desconhecimento de muitos médicos dos efeitos mentais da dor persistente que aparece como uma reação psicofisiológica.

Quanto à classificação, as síndromes dolorosas podem ser: síndromes álgicas generalizadas; síndromes álgicas localizadas; dor craniofacial de origem musculoesquelética; lesões do ouvido, nariz e cavidade bucal; cefaleias primárias; dor de origem psicológica da

cabeça e da face; dor decorrente de disfunção musculoesquelética das regiões suboccipital e cervical; dor visceral do pescoço; dor de origem neurológica no pescoço, no ombro e nas extremidades superiores; lesão do plexo braquial; dor nos braços, no ombro e na cabeça. Podendo ainda ser distribuídas nas seguintes categorias: doença dos membros (vascular, colágeno, funcional, vasodilatadora, insuficiência arterial, psicológica); dor torácica (somática, psicológica, referida do abdômen e trato gastrointestinal); dor abdominal (neurológica visceral doenças generalizadas, psicológica, doenças do útero, de ovário e anexos, doenças do reto, do períneo e da genitália externa); dor no tronco e dorso (neurológicas, vascular, visceral, psicológica); dor na perna e pé (neurológica, musculoesquelética, dor no quadril e coxa, musculoesquelética).

A avaliação da dor baseia-se no estabelecimento de uma diagnose precisa do quadro clínico do paciente, que irá orientar o tipo de terapêutica mais adequada. O exame precoce da dor crônica favorece também a reestruturação da confiança entre médico e paciente, muitas vezes ausente, devido ao fracasso de tratamentos anteriores. Assim,

(...) o trabalho diagnóstico tal como foi definido naquela época por Bonica apontava para a avaliação da dor de acordo com suas características principais em termos de lugar e distribuição, qualidade, intensidade e duração. Isso era feito na forma convencional, obtendo um histórico detalhado, realizando um exame físico e mental e, eventualmente com base em consultas e exames complementares. O trabalho de realizar uma observação detalhada é apresentado como o elemento básico no exame do paciente, pois constitui a base para uma avaliação, fornecendo informações importantes sobre o plano emocional e psicológico [...] deve-se permitir ao paciente falar antes de qualquer intervenção, deixar que [ele] conte a sua história nas suas próprias palavras [...] além de permitir ao paciente expressar os seus sentimentos, é também uma oportunidade para o médico estudar o paciente como um todo: seu jeito, sua atitude, seu comportamento e suas reações emocionais. (BASZANGER, 1992, p. 40)

Os métodos de tratamento da dor fundamentam-se em duas dimensões da dor, de reação e percepção com o objetivo de diminuir ou eliminar a percepção dolorosa ou mudar a reação a ela. A partir dessa dupla vertente, os recursos terapêuticos ressaltam a importância de intervenções simultâneas, como os bloqueios analgésicos alcançados por meio de medicação ao lado da psicoterapia. A essas técnicas acrescentamos outras alternativas, como a acupuntura, o relaxamento, a hipnose, entre outras, administradas por uma equipe

multiprofissional especializada na temática da dor, principalmente crônica.

A seguir, pretendemos abordar de forma abreviada os principais modelos teóricos sobre a dor desenvolvidos ao longo da história até os dias atuais.

1.3 Principais modelos teóricos para a dor

O primeiro modelo teórico da dor foi descrito por Descartes a partir da imagem da reação de um homem descalço em contato com o fogo. Segundo ele, as labaredas na extremidade dos pés acionariam algo no cérebro que perceberia a dor (BASZANGER, 1998). Outros protótipos coexistiram até o final do século XIX, a Teoria da Especificidade, a Teoria do Padrão e a Teoria Emocional (SANTOS, 2009).

A Teoria da Especificidade, concebida por Muller em 1842, demonstrava a existência de um sistema específico de dor que enviava mensagens a partir de receptores nos órgãos sensoriais até um centro de dor cerebral, responsável pela sensação. A Teoria do Padrão, formulada em 1894, estabelecia que a dor seria provocada por padrões específicos de impulsos nervosos produzidos pelo somatório de células sensoriais presentes na pele quando essa excitação excessiva atingia um nível crítico (BASZANGER, 1998, BONICA, 1990). Segundo essa teoria a dor era motivada pela intensidade do estímulo e pelo acúmulo da somação central.

Por fim, a Teoria Emocional, proposta pelo filósofo e psicólogo americano Marshall, contradizia o modelo fisiológico da dor. Esse autor, em consonância com a tradição aristotélica, concebia a dor como uma propriedade da alma, com características emocionais que perfazem eventos e até pensamentos (BASZANGER, 1998, BONICA, 1990).

No início do século XX, a dor era considerada pela medicina como um sintoma de uma lesão orgânica, uma reação direta e proporcional a um estímulo nocivo específico com a

função de sinalizar um dano e, por isso, não deveria ser tratada. Desse modo, os pacientes que sofriam de síndromes dolorosas crônicas que não atendiam a esse modelo eram vistos como loucos, fracos, simuladores ou usuários de drogas (SANTOS, 2009).

A Teoria da Comporta ou Teoria do Portão de Controle, formulada pelo psicólogo Melzack e pelo neurologista Wall, em 1965, a partir da investigação da dor na prática clínica, pressupõe uma interação sensorial entre mensagens transmitidas pelas fibras nervosas e a medula espinhal, que enviam sensações como a dor dos membros periféricos ao cérebro, por exemplo. Novos dados incluíram mecanismos de inibição e estimulação que funcionam como um portão de controle entre as mensagens cerebrais e as células de transmissão (BASZANGER, 1998).

O arquétipo da Teoria da Comporta teve papel fundamental no combate à dor, pois servia para entender como variações psicológicas e experiências anteriores influenciam a dor, alterando do exterior para o interior do organismo seus modos de tratamento. Isso fundamentou técnicas mais alternativas para o alívio da dor, como a acupuntura, o relaxamento e a hipnose. Os estudos de Melzack e Wall inspiraram Bonica a tratar a questão da dor a partir de uma perspectiva qualitativa que incluía, além da medicina, a psicologia e a pesquisa clínica (BASZANGER, 1998; PERISSIONOTTI, 2001).

Atualmente, o modelo para a dor mais aceito é o biopsicossocial baseado na Teoria da Aprendizagem de Steinbach (MELZACK e WALL, 1991). Para Bonica os pacientes com dor crônica devem ser abordados a partir do ponto de vista neurológico, psicodinâmico e interpessoal. Ele conclui que a evolução da compreensão da dor pela neurofisiologia teve como consequência clínica a inconformidade dos pacientes com a inconversibilidade de sua situação. Aqueles acometidos por dor crônica continuam exigindo dos médicos um alívio muitas vezes impossível. Essa divergência entre médicos e pacientes cria frequentemente uma relação permeada por muitos sentimentos de insatisfação, frustração e raiva (SANTOS, 2009).

A partir dessa breve explanação notamos que houve um grande avanço em relação ao tratamento da dor crônica ao incluir uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional sobre o tema. Nesse sentido, pretendemos com esse estudo fornecer subsídios para pensar a psicanálise como uma disciplina que colabora no estudo e tratamento da dor crônica⁴. Concordamos com Minatti que:

(...) o sujeito doloroso encaminhado pelos médicos pode, por exemplo, não falar da dor quando se consulta com o psicanalista, mas pode sim, enveredar por outros meandros, uma vez que a dor não tem fundamento unicamente no organismo, mas na concepção de corpo que cada sujeito apresenta e no sentido que vai dando aos eventos do mundo e no mundo. E, ainda que não fale da dor, ou fale da forma como ela se apresenta na sua concepção, seu percurso pela fala mostra efeitos sobre a dor. Ademais, as diferentes formas de relação com a dor sinalizam formas peculiares de relação com o corpo, o que por sua vez sinaliza o campo de trabalho subjetivo. (MINATTI, 2012, p. 829)

Apesar do desenvolvimento da medicina, pesquisas fisiológicas e patológicas revelam o limite desse campo de saber. Este parece ser insuficiente em explicar a presença da dor, quando não há sinais aparentes, como lesões e sintomas reconhecíveis, que justifiquem a persistência de estados dolorosos. Ao mesmo tempo, declara-se impotente em tratar a dor como um sofrimento psíquico que afeta o corpo, tendo como resposta única a química. Assim, como um sintoma orgânico, a dor é curada ou reduzida por meio de fármacos que anestesiaram o corpo e bloqueiam a sensação dolorosa (LE BRETON, 2006). Mas se a dor não pode ser reduzida a uma mera disfunção orgânica ou química, faz-se necessário discutirmos a seguir sobre o lugar da dor na cultura e no psiquismo a partir da psicanálise.

1.4 Aspectos subjetivos da dor na cultura

Os homens não reagem de uma mesma maneira à dor, pois cada sociedade integra a dor a partir de sua visão de mundo, conferindo-lhe um sentido próprio (LE BRETON, 2006;

⁴ Essa reflexão insere-se no âmbito do Grupo de Pesquisa Clínica Psicanalítica (CLINP) – UFRJ/CNPq, coordenado pela Profa. Dra. Vera Lopes Besset. Para maior aprofundamento sobre a relevância da psicanálise no tratamento da dor crônica, consultar BESSET *et al.*, 2010a; BESSET *et al.*, 2010b; BESSET e BRANDÃO JUNIOR, 2012; ESPINOZA, 2013; BESSET E BARRETO, 2012; MELO, 2013.

GUERCI; CONSIGLIERE, 1999). A maneira como o homem se apropria de sua cultura e dos seus valores constitui uma trama decisiva na percepção dolorosa.

A anatomia e a fisiologia da dor não são suficientes para justificar as variações de percepção da dor de acordo com a condição social, a cultura e a história pessoal. Segundo Melzack e Wall (1991, p. 21), “a quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor”.

Em determinadas culturas a dor é considerada sagrada, em outras a tolerância à dor está incluída nos valores morais que fundamentam a identidade de seus membros. O exemplo da dor como sagrada temos num ritual praticado em algumas regiões da Índia em que uma pessoa é escolhida como representante do poder dos deuses para abençoar as crianças e as plantações. Esse indivíduo é içado no alto de um veículo, preso por ganchos na pele, girado e balançado fortemente de aldeia em aldeia. Durante o ritual, ele não demonstra sentir dor, e apresenta um semblante de êxtase (PIMENTA e PORTNOI, 1999).

Em relação à tolerância, os bariba, um pequeno grupo étnico na África Oeste, são conhecidos por não manifestarem dor quando sujeitos a ferimentos, rituais de iniciação, como a circuncisão e a clitoridectomia, além do parto. A base da identificação a essa cultura está na adequação à resposta à dor. Estudos revelam que, quando questionados, evitam falar sobre a dor, preferindo discorrer sobre a honra e a coragem, afetos enfatizados no processo de socialização desse grupo (PIMENTA e PORTNOI, 1999).

A relação de cada sujeito com a dor depende da significação que este pode fazer no momento em que é afetado por tal sensação. Nesse sentido, aquele que é acometido por um efeito doloroso não é um mero receptor orgânico das afecções corporais fisiológicas. No momento em que a dor pode ser representada e significada pelo sujeito, esse se torna ativo,

responsável em relação a essa dor. Assim, a dor não é puramente física, ela compreende uma percepção simbólica. O que faz com que cada sujeito perceba a dor de forma singular, de acordo com seu contexto pessoal.

As primeiras análises sobre a dor aparecem nas mitologias primitivas e arcaicas que dividem o mundo a partir de uma classificação dualista: o bem e o mal. Nesse contexto, a dor está associada ao mal devendo ser desprezada por sua manifestação corporal, submetendo o corpo a duras punições para livrar-se dela. Essa divisão entre o bem e o mal não era exclusiva do pensamento religioso, mesmo Platão afirmava a existência de duas almas antagônicas no mundo (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Ao longo da história do pensamento ocidental, a dor foi pouco explorada enquanto tema de interpretação e reflexão. Somente em certos períodos da filosofia observamos algumas discussões sobre a dor. Para Aristóteles, a dor era concebida como uma forma particular de emoção, enquanto que para Descartes, ela era produzida pelo próprio corpo, entendida como uma sensação. Mais tarde com Locke, Hume e o pensamento iluminista, a dor foi tratada junto com o prazer como categorias de sensação. Entre os séculos XIX e início do século XX, a dor deixa de ser objeto da filosofia, sendo delegada aos teólogos e a outros especialistas como médicos, sociólogos e psicólogos (LE BRETON, 2006).

Segundo Guerci e Consigliere (1999), no Ocidente a dor tem sido bem explorada pela antropologia, juntamente com a atitude perante a morte, por autores, sobretudo franceses e italianos, como Morin (1951), Fuchs (1969), Baudrillard (1976), Elias (1982 e 1985), Thomas (1975), Rey (1993) e Le Breton (1995). Embora muitos trabalhos sejam desenvolvidos no campo da antropologia, a medicina é a única disciplina que considera a dor como objeto específico de técnica e conhecimento. Isso se deve aos avanços no estudo da fisiologia da dor, bem como de tratamentos, produtos e medicamentos para aliviá-la.

Para a medicina a dor protege o corpo de situações de perigo. Como queimar os

membros, se cortar, etc. A experiência de dor tem uma função importante na defesa do organismo, podendo aparecer em sua face aguda ou crônica. A dor aguda adquire uma função de sinal. Demonstra que há algo na homeostase orgânica de um corpo que foi desequilibrado, que algo vai mal. Assim, a dor aguda para a medicina apresenta um caráter sintomático. Tomando a dor como um sinal, um corpo são, livre de doenças, é aquele silencioso, que não faz barulho, que não apresenta dores.

A experiência de dor pode causar ao sujeito uma reação de estranhamento em relação ao próprio corpo. Esse tipo de sofrimento causa com frequência uma desorganização na esfera física, psíquica e social do sujeito. Le Breton (2006) afirma que alguns sujeitos acometidos por forte dores se queixam de diminuição do apetite, apatia, insônia, desgosto em relação à vida, entre outros.

A dor varia também quanto à intensidade e à duração. Uma pessoa pode ser acometida por uma experiência dolorosa apenas em determinados dias ou em relação a algum contexto específico. Ela pode variar a cada dia quanto ao seu surgimento ou a sua intensidade. Pode ser uma reação à medicação ou a algum tipo de acontecimento, assim como pode ser imponderável, de tal modo que o sujeito não consiga detectar uma relação de causa e efeito.

A dor aguda é transitória, pode ser consequência de uma queda, queimadura, de um corte com um objeto ou de uma lesão que demora em ser curada, cicatrizada. Ou ainda: uma dor de cabeça, dor de dente, dor em consequência de uma cirurgia ou de alguma doença. Essa especificidade da dor resulta, segundo Le Breton (2006), da fragilidade da condição humana e da vulnerabilidade em relação ao meio. Nestes casos, a dor é percebida como um sintoma, que anuncia um desenvolvimento patológico que deve ser cuidado.

O encontro com um médico encarna a possibilidade de nomeação e de cura da doença ou da situação que provoca a dor. A dor crônica, em contrapartida, se apresenta como um enigma para a medicina, marca sua impotência diante do entendimento de sua causa e da

possibilidade de cura. Muitas vezes ela não se apresenta como sinal no corpo, de algo que vai mal, mas como fruto de alguma dificuldade ou necessidade no ambiente. No Ocidente é comum encontrarmos a dor associada às condições de vida adversas, ao passo que, em outras culturas, a dor oriunda de uma causa emocional pode nem vir a ser enunciada.

Um estudo realizado na França com mulheres provenientes da África revela como o ambiente pode influenciar a percepção dolorosa de um indivíduo. Essas mulheres ao se inserirem em uma nova cultura queixam-se de dores menstruais ou de relações sexuais, nunca antes sentidas em seus lugares de origem devido à mudança na concepção da condição feminina. As novas condições de vida provocaram o rebaixamento no limiar da dor individual, já que em sua cultura primeira não era permitida a manifestação da dor nessas condições (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Assim, notamos que a percepção dolorosa varia ao longo da história e em diferentes culturas, podendo estar associada a alguma doença, sofrimento ou ritual. A dor nem sempre se vincula a um mal. Em algumas culturas faz parte da inserção que identifica um indivíduo como homem ou como mulher em uma sociedade, estando intimamente vinculada à sexualidade feminina ou masculina.

Até aqui nos ocupamos em tecer um cenário das questões concernentes à dor crônica na atualidade do ponto de vista médico, sócio-histórico e político na França e no Brasil. Sabemos que a dor física sob a ótica da neurofisiologia atende a mecanismos neuroquímicos em que o fenômeno doloroso pode ser explicado em termos meramente científicos. A seguir procuraremos investigar, a partir do aporte da psicanálise, as origens psíquicas da dor crônica nos casos em que não há um componente orgânico preciso que justifique a permanência de tal dor.

1.5 A psicogênese da dor

Desde os primórdios da psicanálise Freud (1895a) se inquietou com os sintomas em que o sofrimento psíquico afetava o corpo. A partir de estudos pré-psicanalíticos, em conjunção com o médico Joseph Breuer (1895a), o fundador da psicanálise imergiu-se intensamente em investigações de pacientes com sintomas corporais em que não havia uma causa orgânica que os justificasse. Esses pacientes eram sobretudo mulheres, diagnosticadas como histéricas, que sofriam de todo tipo de dores corporais, crônicas e agudas, além de cegueiras, paralisias e semiparalisias de alguma parte do corpo, entre outras (BESSET *et al.*, 2010b). Entre elas, Elisabeth Von R. (FREUD, 1895a), que ficou conhecida por apresentar sintomas físicos que hoje poderiam ser classificados como um estado de dor crônica.

Elisabeth, na ocasião com 24 anos, foi encaminhada por um médico amigo de Freud por sofrer há mais de dois anos de fortes dores nas pernas e apresentar dificuldade em andar. A moça havia passado por grandes dificuldades nos últimos anos em relação a sua família. Primeiramente, a morte do pai, seguida de uma grave operação na visão da mãe e, por fim, a morte de uma irmã casada após uma afecção cardíaca. Queixava-se de grande dor ao andar e ficar de pé, cansava-se com facilidade e tinha que fazer repouso a toda hora. Freud (1895a/2006) diagnosticou as dores como indefinidas, ligadas a uma fadiga dolorosa no músculo da superfície anterior da coxa direita que se propagava por outras regiões das pernas. Como não havia outros sintomas físicos e nenhuma afecção orgânica que justificasse tais dores, a jovem foi diagnosticada como histérica.

Para Freud (1895a/2006), o fator de indefinição das dores descrito por Elisabeth foi fundamental na tomada do diagnóstico, levando-o a crer que sua atenção deveria estar em outra coisa, tais como sentimentos e pensamentos relacionados à dor, porém ocultos. A partir de sua experiência clínica, pacientes que sofriam de dores orgânicas, em geral, relatavam-nas de forma precisa e calma, contrariamente ao relato da jovem. O psicanalista também se

intrigou com sua expressão facial peculiar. Quando estimulada a área dolorosa, a moça assumia um semblante de prazer ao invés de dor.

Elisabeth era das três filhas a mais ligada ao pai, que contava com ela como um verdadeiro amigo, confidenciando-a intimidades. Chamava-a com frequência de atrevida e convencida, dizendo por vezes que ela teria dificuldades de encontrar um marido por conta de seu comportamento. Tinha planos de estudar música e não estava disposta a renunciar a eles por conta de um casamento. Isso a deixava queixosa e descontente pelo fato de ser mulher.

O pior acontecera quando a família se mudou para a capital. O pai, que sofria de uma doença crônica no coração, ficou gravemente doente com um edema pulmonar. Elisabeth se ocupava dos cuidados do pai, dia e noite, em seu leito, sem reclamar. Lembrava-se que nesse período ela esteve doente apenas uma vez, apresentando os mesmos sintomas de dores nas pernas, que passaram rapidamente. Dois anos após o falecimento do pai, essas dores voltaram com força total. Segundo Freud, “esta dor inaugural do sintoma de conversão é uma repetição de uma dor que ela já havia sentido à época em que cuidava de seu pai doente: dor muscular e reumática que nada tinha de histérica, mas que se viu elevada ao nível do núcleo do trauma pela repetição significativa” (ANDRÉ, 2011, p. 159).

Com o luto da morte do pai, Elisabeth passara a se dedicar à mãe, que estava cada dia mais doente. Sua irmã mais velha se casou com um homem intelectual e dinâmico, considerado por sua família como um bom partido. Elisabeth se queixava que ele era muito excêntrico e egoísta, demonstrando pouca consideração com a enfermidade de sua mãe, mudando-se com a família para outra cidade. Isso deixou a jovem muito descontente.

A segunda irmã se casou e teve um filho com um homem menos influente, mas que tinha apreço pela família, isso fez com que Elisabeth se reconciliasse com a ideia de se casar um dia. Quando a irmã estava grávida do segundo filho, teve uma doença cardíaca que a levou a morte. O cunhado afastou-se da família, levando com ele o sobrinho. Nessa ocasião,

sobreveio para a Elisabeth a ideia de que um matrimônio, mesmo feliz, teria um fim infeliz.

Ao analisar o caso, Freud (1895a/2006) elucubra que a demanda da moça era de amor e que ela padecia dos fracassos de sua vida amorosa. Já que todos que ela amava estavam mortos ou distantes, ela se ocupou de suas dores e dos cuidados com a mãe enferma. A investigação de sua história revelou uma primeira decepção amorosa. Quando jovem, havia se apaixonado por um rapaz e logo se afastou dele para dedicar-se ao pai enfermo. Elisabeth se interessou a princípio pela dedicação que o rapaz empreendia ao pai, deixando mesmo se orientar por este em sua carreira. Esse ponto de identificação com o rapaz levou a moça a se apaixonar ainda mais, pois ela não teria que optar por deixar o pai de lado em um futuro casamento (ANDRÉ, 2011). A estrutura da relação está em vias de ser desestruturada quando Elisabeth deixa o leito do pai para sair com o rapaz. Após essa situação, o enamoramento é rompido e ela o abandona. Como resultado desse conflito Freud (1895a/2006) indica que a ideia erótica da desilusão amorosa foi recalçada e que a emoção ligada a ela foi conectada a uma dor física nas pernas, que havia surgido outrora.

As dores nas pernas sobrevieram durante umas férias familiares, justamente em um momento em que Elisabeth poderia relaxar dos cuidados com a mãe e divertir-se. Mas a intensificação destas se deram logo após o ataque cardíaco do pai e a morte da irmã, ocasiões em que ela estava de pé e ficou paralisada. Queixava-se de que ficar sozinha era doloroso, sentia desamparo por “no avanzar un paso” (FREUD, 1895a/2006, p. 167).

A análise do caso desvelou que as dores nas pernas se tornaram crônicas após um passeio agradável com o cunhado, quando a irmã estava ainda doente. Ela sonhava em ser feliz como a irmã e ter um marido como o cunhado, quando as dores sobrevieram. Outro pensamento surgiu no momento em que viu a irmã morta na cama na presença do cunhado: “ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa” (FREUD, 1895a/2006, p. 171). Para Freud, a solução do sintoma de Elisabeth era claro:

Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, en el baño, ante el lecho de la hermana) había sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático. (FREUD, 1895a/2006, p. 171)

Para André (2011), a imagem do casal formado pela irmã e o cunhado evoca para Elisabeth a relação que ela mantinha com seu pai, com a diferença de que neste caso seria tratada como mulher ao invés de amigo. Nas palavras do autor: “o desejo de Elisabeth não pode, pois ser reduzido a um desejo por seu cunhado. Seria antes, o de ser amada por seu pai como a irmã é amada pelo cunhado...” (ANDRÉ, 2011, p. 152). E acrescenta: “é a relação entre esse cunhado e sua irmã que constitui o bem mais precioso, pois ela lhe propõe o mistério de uma feminilidade alimentada pelo desejo masculino. Não é pois de admirar que Elisabeth proteja essa relação: o que ela ama não é o cunhado, mas o desejo que este tem por sua irmã” (ANDRÉ, 2011, p. 152). A morte da irmã priva Elisabeth de sua referência feminina em relação ao cunhado, deixando-a sem a mediação necessária à manutenção da insatisfação de seu desejo histérico.

A partir da interpretação do caso de Elisabeth Von R., entendemos que para Freud (1917b/2006) o sintoma corporal de dor se oferece a um sentido inconsciente que, por meio das associações do paciente, pode ser decifrado. Esse significado do sintoma, oculto para o sujeito, apresenta sempre causas sexuais ou um desejo insatisfeito que encontram-se recalçados. Concordamos com Castellanos (2009, p. 40) que a “psicoanálisis sería la práctica clínica que permitiría al paciente encontrar el camino adecuado para resolver o aliviar el síntoma”.

O tratamento dessa e de outras pacientes histéricas com sintomas de dores corporais torna emblemático para Freud o mecanismo da conversão de uma dor psíquica em somática, física, estimulando-o a procurar formalizar teoricamente tal processo. Já nos primórdios da psicanálise no *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1895b/2006) a dor justifica-se

pelo funcionamento do aparato psíquico em termos econômicos a partir de *quantuns* de energia. Nesse texto, o autor procura elaborar um modelo de aparato psíquico que seja compatível com os avanços neurológicos cientificistas de sua época. Em sua hipótese inicial haveria três tipos de neurônios que interagem dinamicamente entre si: os neurônios perceptivos, de memória e de sensação de qualidade.

Nesse contexto, a dor seria um fenômeno constituído pelo fracasso das telas de proteção, que ao receber uma Q_s (quantidade de excitação externa) exagerada no neurônio *phi*, afeta diretamente o neurônio *psi*. O aparato psíquico tem a tendência natural de evitar o aumento da tensão quantitativa em Q_s de modo a contornar qualquer experiência dolorosa sentida como desprazer. O rompimento dessa barreira de proteção fica guardado em neurônios mnêmicos. Assim, o fracasso do mecanismo excitatório estaria diretamente relacionado às causas da dor.

Mais adiante, em um dos extratos de documentos dirigidos a Fliess, intitulado *Rascunho G* (1895d) a sensação dolorosa está relacionada a um desinvestimento libidinal ou desligamento associativo. Nesse momento, a experiência da dor seria regida por um processo econômico, em que um excesso de energia libidinal estaria impedido de ser representado psiquicamente, causando um desequilíbrio homeostático no aparato psíquico.

Tomemos como exemplo uma queimadura grave no braço para entendermos como o rompimento das barreiras psíquicas tal qual dispostas por Freud (1895b/2006) influencia no processo de surgimento da dor. Logo após o contato do braço com uma superfície extremamente quente, o eu experimenta uma dor imprecisa e profunda oriunda de alguma perturbação interior. O eu percebe então, ao mesmo tempo, duas sensações heterogêneas, uma dor externa, proveniente da lesão, e um incômodo interno que lhe acomete.

A dor da lesão é sentida quando alguma excitação de energia excessiva originária de alguma zona corporal periférica é percebida pelo eu. Assim, toda lesão, seja ela proveniente

de um órgão interno ou de um ferimento superficial será identificada pelo eu como uma agressão do mundo exterior. Retomando o exemplo da queimadura, ao sentir a dor, o sujeito cria uma imagem psíquica do braço em carne viva, para além da sensação dolorosa da região lesada. Essa representação mnêmica da ferida fixa a dor experienciada em um lugar específico do corpo (NASIO, 2008).

A representação interna da dor provoca o desequilíbrio homeostático do sistema psíquico, que cessa de funcionar a partir do princípio do prazer que atua como regulador do aparato. Desse modo, o eu percebe seu transtorno como uma perturbação pulsional, em consonância com o que Freud (2006/1895c) propôs sobre a dor e a libido. A imagem interna da dor imprime uma lembrança, não só na memória, mas também no inconsciente. A lembrança da dor fica marcada no inconsciente podendo aparecer em outro momento e em outro lugar, como uma dor psicogênica, uma manifestação psicossomática ou como um afeto.

Como estratégia de defesa, o eu tenta construir uma espécie de autocurativo sobre a representação psíquica da dor, escoando para a ferida a energia que dispõe para neutralizar o fluxo contínuo de excitação dolorosa. Freud (1985c/2006) nomeou esse movimento reativo de energia de contrainvestimento ou contradescarga. Com isso, vemos que a resposta a uma lesão ou dor física não é somente fisiológica, mas comporta também uma ordem psíquica.

A partir de indicações freudianas, Nasio (2008, p. 38) propõe que quando nosso corpo ou objeto de amor não estão homeostaticamente equilibrados:

(...) produz-se um excesso de investimento afetivo da imagem do local lesado do corpo, quando é a nossa integridade física que está em jogo; ou um excesso de investimento afetivo da imagem do objeto perdido, quando é a presença do outro que está em jogo. Esse excesso compensatório traduz-se em dor.

O autor depreende que para Freud, assim como a dor física seria a manifestação no corpo de um superinvestimento reativo do eu à representação da lesão, a dor psíquica seria a tradução de um superinvestimento do eu também reativo da representação do objeto perdido e amado.

Seguindo os passos de Freud no estudo sobre a dor, pretendemos investigar a seguir como esta se vincula à angústia e à perda do objeto. Essa indicação é congruente com a nossa hipótese, pautada em dados da clínica, de que haveria uma ligação entre a dor crônica e o sofrimento de algumas mulheres em suas relações amorosas.

1.6 Dor, angústia e perda do objeto

Com Freud (1926/2006), aprendemos que a angústia é um afeto que não engana, uma vez que é sentido no corpo. A psicanálise, ao contrário do que se pensa no senso comum, não desconsidera o corpo no seu tratamento. O sofrimento psíquico desvelado através da fala em uma análise muitas vezes aparece para o sujeito a partir de alguma manifestação corporal. Dentre as diversas aflições que colocam o corpo na conversa analítica, a angústia revela-se como um afeto privilegiado para observarmos a interseção entre o somático e o psíquico (BESSET, 2000, 2001, 2002). Para Lacan (1974, p. 65), “a angústia é algo que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo”.

A problemática da dor só é retomada por Freud (1926/2006) no final do texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, distinguindo-a do luto e da angústia em relação à perda do objeto. Nesse momento, o autor conceitua a angústia como uma reação do eu à perda do objeto, do mesmo modo que o luto. Se ambos constituem uma defesa do eu diante da perda do objeto, o que os torna diferentes? A seguir veremos como Freud (1926/2006) desenvolve a questão da angústia e da dor em relação à perda do objeto.

A partir da observação da separação entre crianças e suas mães, Freud depreende que a angústia surge quando há perda da percepção do objeto. Ele considera que a expressão de choro do bebê, quando a mãe não aparece mais no campo visual da criança, é de dor.

Inicialmente, a criança não consegue diferenciar entre uma ausência temporária e uma ausência permanente da mãe. A reação de choro, de dor, indica que a perda, o desaparecimento da mãe momentâneo, é sentida como definitiva.

Segundo Freud (1926/2006), na primeira infância a criança ainda não consegue distinguir a angústia da dor. Apenas mais tarde, por volta dos dois anos, assinala o autor, que ela será capaz de discernir um afastamento temporário da mãe, provocando angústia de uma privação definitiva, correlativa ao sentimento de dor pela perda do amor. Essa questão só é colocada quando a criança percebe que o objeto, a mãe, pode estar presente sem notá-la. Esse segundo momento é determinante para o surgimento da angústia, pois associa a perda do amor ao objeto.

Nesse sentido, a dor difere da angústia por ser uma reação genuína à perda do objeto, e não apenas a ameaça da perda. Ela ocorre quando um estímulo, interno ou externo, irrompe os mecanismos de proteção periféricos, passando a atuar como estímulos pulsionais contínuos, ineficazes à ação muscular. A analogia entre a dor corporal e a dor mental justifica-se, para Freud, pela transformação de um investimento narcísico em um investimento de objeto. Nas palavras do autor (1926/2006, p. 160):

La intensiva investidura de añoranza, em continuo crecimiento a consecuencia de su carácter irrestañable, del objeto ausente (perdido) crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo y hace posible prescindir del condicionamiento periférico del dolor corporal.

Quando comparado à dor, Freud (1926/2006) postula que o luto sofre influência da realidade, pois o objeto de investimento libidinal deixa de existir. O luto exige que a pessoa separe-se do objeto perdido, retirando a libido que estava ligada ao objeto, investindo-a em outro objeto. Quando esse desligamento e religamento das catexias em um novo objeto de amor não são possíveis, temos a melancolia. Na melancolia, a sombra do objeto recai sobre o eu (FREUD, 1917a [1915a]/2006). A impossibilidade do melancólico em substituir o objeto perdido consiste em sua identificação maciça com este, resultando em um estado de dor e luto

permanentes.

Minatti (2012, p. 6) concorda com os argumentos de Freud ao propor que “a angústia pode ser traduzida como um mal-estar geral, ou difuso, que pode paralisar ou acelerar o acometido, mas pode, também, manifestar-se próxima à forma de dor, e até mesmo confundir-se com ela, localizando-se numa parte do corpo”. A autora apresenta o caso de Ruth, que chegou ao psicanalista com diagnóstico médico de fibromialgia para corroborar a relação de proximidade entre a dor e a angústia. Ruth, desde os três anos, época do nascimento da irmã, é carregada pela mãe pelos corredores e ambulatórios do hospital em busca de tratamento para a outra filha, recém-nascida, que sofre com problemas congênitos graves.

A mãe circula com as duas filhas por diversas especialidades pediátricas, mas toda a atenção e investimento eram direcionados ao bebê. Ela lembra apenas que Ruth corria sem rumo e chorava copiosamente sem nenhum motivo aparente. A mãe não se ocupava em investigar o que acontecia. Em determinado momento a angústia de Ruth transformou-se em um *dói aqui*, dito pela menina. A partir disso, a mãe se ocupa do tratamento das duas filhas, uma com síndrome congênita e a outra com fibromialgia. Esse fragmento de caso nos indica que a angústia pode, muitas vezes, aparecer no corpo como uma dor que não pôde ser simbolizada pelo sujeito.

Freud (1894/2006) utiliza pela primeira vez o termo angústia (*Angst*) em 1894, no fragmento de uma correspondência destinada a Fliess, que ficou conhecido como ‘Rascunho E’. Nessa carta, Freud se questiona sobre a origem da neurose de angústia, observada em muitos de seus pacientes. O autor tem como hipótese que a irrupção da angústia está estreitamente ligada à sexualidade, precisamente ao *coitus interruptus*. Suas investigações conduziram-no a pensar que a fonte da angústia seria de natureza física, e não psíquica. Desse modo, Freud (1894/2006) classifica de modo exaustivo as principais causas sexuais da angústia. São elas: angústia em pessoas virgens; angústia em pessoas voluntariamente

abstinentes; angústia das abstinentes forçadas; angústia das mulheres que vivem em *coitus interruptus*; angústia de homens que praticam o *coitus interruptus*; angústia dos homens que vão mais além do seu prazer ou suas forças; angústia dos homens que se absterem ocasionalmente.

Os estudos de Freud (1894/ 2006) revelam que o *coitus interruptus* gerava um acúmulo de tensão sexual física que não podia ser descarregada pelas vias sexuais regulares, irrompendo na manifestação da angústia. De modo correlativo, o autor associa o acúmulo de tensão sexual psíquica ao surgimento da melancolia. No caso da angústia, uma excitação sexual exógena, situada fora do sujeito, enviaria uma mensagem de excitação psíquica através de um *quantum* de energia. Assim, a angústia sobreviria quando um acúmulo de tensão sexual física fosse impedido de ser descarregado psiquicamente.

No texto *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*, Freud (1895c/2006) investiga as manifestações corporais presentes em um ataque de angústia, classificando-as em respiratórias, cardíacas, vasomotrices e glandulares. Uma pessoa acometida por uma forte crise de angústia pode sofrer de taquicardia, palpitações, arritmia, falta de ar, sudorese excessiva, vertigem, diarreias e, em casos extremos, paralisias. Essas perturbações corporais podem aparecer isoladamente ou em conjunto (FREUD, 1895c/2006).

Apesar de continuar sustentando a hipótese de que a angústia seria causada pelo recalque de uma energia sexual não descarregada, Freud propõe (1916/2006) dois tipos de angústia: a angústia realística e a angústia neurótica. A angústia realística seria uma reação do eu frente à percepção de um perigo externo, como um sinal para empreender a fuga. Na angústia neurótica, o eu faz uma tentativa de fuga da exigência feita por sua libido, tratando este perigo interno como se fosse um perigo externo. Tanto a angústia realística, associada a um perigo real, quanto a angústia neurótica, proveniente de um perigo interno para o sujeito,

são mantidas pela pulsão de autoconservação do eu.

Ao diferenciar angústia (*angst*), susto (*furcht*) e medo (*schreck*), o autor deixa claro que a angústia é um afeto em que se prescinde do objeto (FREUD, 1916/2006). Enquanto que nas fobias, a angústia está ligada a um determinado objeto, como ocorre nas fobias de animais, altura, avião, trem, escuro, etc., em que a angústia sobreviria apenas quando esses objetos assolassem a vida do sujeito. Evitar o confronto com o objeto fóbico, portanto, salvaguardaria o sujeito da angústia. O mesmo ocorre com os neuróticos obsessivos, cujos rituais têm a função de manter afastada a angústia. Nesses casos, a formação de um sintoma substitui a angústia.

Em *Inhibición, síntoma y angustia* (1926/2006), Freud reformula sua teoria da angústia, invertendo a relação entre esse afeto e o recalque. Nele, a angústia deixa de ser consequência do recalque e passa a ser causa deste. Essa inversão constitui uma medida significativa na teoria da angústia, pois esta deixa de estar ligada exclusivamente a fatores econômicos (acúmulo de libido).

Neste momento, a angústia surge como um sinal frente a um perigo real: o perigo da castração. É diante desta angústia que ocorre o recalque. A angústia de castração pode aparecer como uma reação à perda do objeto, à perda do amor ou ao medo de se separar de um objeto que seja valioso para o sujeito (FREUD, 1926/2006). É o caso, por exemplo, de algumas crianças que se angustiam ao se separarem da mãe por certo tempo. Para Freud (1926/2006), a angústia frente à perda não é diferente da angústia realística que o eu empreende em situações de perigo. A única ressalva é que seu conteúdo se mantém inconsciente, tornando-se consciente para o sujeito apenas por meio de uma distorção.

A partir das formulações freudianas tratadas até o momento, podemos depreender que a angústia está estreitamente vinculada à dor, ao luto e à perda de objeto. A articulação entre essas categorias em Freud foi fundamental para avançarmos em nossa discussão sobre os

efeitos devastadores de relações amorosas no corpo feminino – a dor crônica.

Pesquisas revelam uma maior incidência de síndromes dolorosas em mulheres (Leite e Pereira, 2003; Marques, Slompo e Bernardino, 2006). Estudos comparativos da relação mulher *versus* homem verificam que a prevalência de condições dolorosas é da ordem de 1,5:1 em dor lombar, no ombro e joelhos, 2:1 em dor orofacial, 2,5:1 em migrânea e 4:1 em fibromialgia (SBED, 2013). Com base nesses dados, e alicerçados em investigações clínicas observamos um predomínio de mulheres atingidas pelas síndromes de dor crônica, principalmente quando não há uma causa orgânica que justifique a doença. Essa constatação nos permite avançar em nossa hipótese de que algumas mulheres afetadas por síndromes dolorosas apresentam sofrimentos na esfera amorosa, sejam eles em decorrência de uma perda ou dificuldades na relação com a mãe ou com um parceiro sexual.

Nesse sentido, Castellanos afirma: “la demanda de amor ocupa en la sexualidad femenina una función incomparable en relación. Esta demanda de amor, potencialmente infinita, puede retornar bajo la forma del estrago” (2009, p. 64). O autor acrescenta: “...es un hecho indiscutible de la clínica de la fibromialgia eu el estrago en la mujer puede experimentar en el cuerpo como dolor, porque destrutura los equilibrios libidinales propios de la mujer, ya que el goce femenino no tiene la localización estable de la sexuación masculina” (2009, p. 64-65). O autor nos indica dessa forma as implicações no corpo da diferença entre o gozo feminino e o gozo masculino, como veremos no terceiro capítulo.

Antes de tratarmos a problemática da dor crônica como um efeito da devastação feminina no corpo, torna-se imprescindível estudarmos o estatuto do corpo para a psicanálise. Para tal nos serviremos do referencial teórico de Freud, Lacan, Miller e de outros autores contemporâneos que se debruçam sobre o tema a partir dos diferentes momentos teóricos destes autores.

CAPÍTULO 2: O CORPO QUE A PSICANÁLISE TRATA: PULSÃO, GOZO E ACONTECIMENTO DE CORPO

Independente de sua condição social e cultural, de sua idade e sexo, o corpo está presente em todas as situações da vida cotidiana do homem (LE BRETON, 2009). Da higiene à alimentação, passando pela postura, pelos gestos, assim como pelos modos de cuidado com a saúde ou com a doença, o corpo é o meio pelo qual compreendemos e nos colocamos no mundo. É através do corpo que interagimos socialmente, que nos dirigimos aos outros e que nos diferenciamos deles. Nesse sentido, para Durkheim, o corpo constitui um fator de individuação, pois marca uma fronteira entre um ser e outro (LE BRETON, 2009). A partir do Renascimento, a definição de corpo está baseada em três eixos: distinguir entre um ser e outro; como meio de diferenciá-lo da natureza; e como modo de dividi-lo dele mesmo, de sua alma e de seu corpo.

Na atualidade, o corpo constitui com frequência fonte de mal-estar, mobilizando com isso a indústria do *design* corporal. Os falasseres⁵ estão sempre dispostos a transformá-lo, por meio de dietas, cosméticos, ginásticas, tatuagens, *piercings*, cirurgias plásticas, e toda sorte de recursos oferecidos pelo *marketing* (GASPARD; HAMON; CHEIK, 2010a; LE BRETON, 2006). A própria *media* estimula esse processo de mutação corporal através de programas que pregam o bem-estar e a saúde, bem como uma total transformação, *Extreme Makeover*, dos dentes, do cabelo, das gordurinhas indesejadas, de um nariz torto ou um implante de silicone nos seios.

A antropologia, a partir de suas pesquisas sobre a sociedade e os povos, nos indica que homens e mulheres têm uma relação distinta com o corpo em diversas culturas (LE BRETON, 2009). Essa observação está em consonância com o que Lacan (1972-1973) introduz, com as

⁵ A noção de falasser foi introduzida por Lacan (1975) para designar a junção do sujeito do significante, com sua substância gozante, seu corpo.

fórmulas da sexuação, sobre a diferença entre a posição feminina e a masculina em relação a seu corpo e modos de gozo. Assim, como a antropologia, a medicina e a psicanálise, outros campos de saber também se interessam pelas questões concernentes ao corpo. Como nos orientamos a partir da psicanálise, questionamo-nos sobre a sua particularidade.

O que a psicanálise nos ensina sobre o corpo? A psicanálise faz existir um corpo distinto do organismo e de seus esquemas corporais. Ela revela um corpo pulsional, rejeitado pela ciência e pela medicina, que evidencia os efeitos da linguagem sobre o corpo. A psicanálise reconhece que o corpo é irreduzível a seu funcionamento biológico, e, portanto, só pode ser tratado no caso-a-caso, pois cada um inventa como pode uma representação de seu corpo (BESSET *et al.*, 2010).

Dados médicos nos indicam uma prevalência de doenças como a fibromialgia e outros tipos de dor crônica em mulheres (LEITE e PEREIRA, 2003; MARQUES, SLOMPO e BERNARDINO, 2006). Em nossa tese nos propomos a investigar como um falasser feminino pode ser afetado no corpo, por uma dor por vezes crônica e sem justificativa aparente, por um sofrimento na esfera amorosa, seja na relação mãe-filha, seja com um parceiro sexual. Como veremos no próximo capítulo, um falasser na posição feminina ou masculina relaciona-se com seu corpo e com o gozo que lhe é próprio de forma distinta (LACAN, 1972-1973).

Antes de avançarmos sobre a posição feminina e seus modos de amar e gozar, torna-se necessário tecer uma trama sobre o estatuto do corpo para a psicanálise. Para tal, procuraremos nesse capítulo explicitar os principais momentos teóricos em que Freud e Lacan trataram a questão do corpo. Se para Freud (1915a), o corpo é pulsional, para Lacan (1975-1976), ele é ao mesmo tempo imaginário, simbólico e real. Trata-se de um corpo constituído pelo significante, pela imagem, pelo gozo e seus objetos *a* (CASTELLANOS, 2009). Nesse percurso, Miller (2000) nos orienta identificando seis paradigmas do gozo no ensino de Lacan que acompanharam suas principais mudanças teóricas.

Por fim, abordaremos a noção de acontecimento e fenômenos de corpo, introduzida por Lacan (1975-1976) já no final de seu ensino, que traz uma nova concepção de corpo que nos permite avançarmos em nossas investigações. Para tal, nos aportaremos nas pesquisas investidas por autores contemporâneos que investigam sobre as funções de doenças como a fibromialgia e a dor crônica para cada falasser (BESSET *et al.*, 2010a; BESSET *et al.*, 2010b; GASPARD, 2008, 2009; ABELHAURSER, 2009; EBTINGER, 2007).

2.1 O corpo em Freud: da conversão à pulsão

Na clínica observam-se com frequência sujeitos com sofrimentos em que o corpo encontra-se implicado, como síndromes do pânico, anorexias, bulimias, marcas corporais, fenômenos psicossomáticos, fibromialgias e outros tipos de dor crônica. São sintomas corporais que escapam ao entendimento da medicina, por não apresentarem causas orgânicas que os justifique, e por isso chegam aos consultórios psicanalíticos em busca de um saber sobre sua dor (BESSET *et al.*, 2010b). Na atualidade, “as conversões históricas não se apresentam do mesmo modo que no tempo de Charcot e do início da clínica freudiana” (BESSET *et al.*, 2010, p. 37), mas não deixa ser diagnosticada pela psicanálise apesar de comparecerem com novas roupagens como nos parece em alguns casos de fibromialgia e dor crônica.

Conforme explicitado por Besset *et al.* (2010b), os sintomas corporais apresentam-se na clínica desde o início da psicanálise. Freud (1895a) interessava-se pela queixa de pacientes que chegavam com sofrimentos corporais, como cegueiras, paralisias, afasias e dores de todo tipo, em que não se encontrava uma localização ou lesão que prejudicasse o funcionamento do organismo. A partir de suas pesquisas em conjunção com Charcot, Freud (1895a) questiona se haveria alguma etiologia psíquica para essas manifestações somáticas dessas pacientes

diagnosticadas como histéricas. Ao analisar a história de vida dessas mulheres, Freud (1895a) conclui que tais sintomas conversivos apresentavam como causa desejos sexuais inconscientes.

No *Projeto para uma Psicologia Científica*, texto considerado pré-psicanalítico, já encontramos em Freud (1895b) uma tentativa de explicar os fenômenos corporais a partir de modelos neurofisiológicos associados e/ou causados por acontecimentos psíquicos. Essa aproximação entre o orgânico e o psíquico nos primórdios da psicanálise vai progressivamente se afastando do interesse de Freud, que focaliza suas pesquisas em torno das tramas psíquicas por trás das manifestações somáticas. Ao ouvir seus pacientes, encontra relatos cada vez mais frequentes sobre os romances familiares que afligem a vida psíquica dos neuróticos. Nessas histórias, é recorrente o tema de cenas de sedução na mais tenra infância, o que leva Freud a investigar a sexualidade infantil.

No artigo destinado ao estudo da neurastenia e da neurose de angústia, anteriormente conhecido como neuroses atuais, Freud (1895c) postula que as afecções corporais estavam relacionadas a conteúdos sexuais presentes, não somente aqueles relacionados ao passado do sujeito. Isso equivale a dizer que, nessas neuroses, os sintomas não estavam apenas ligados a representações da sexualidade infantil, mas de uma fonte somática e de um impedimento atual de sua satisfação. A partir dessas observações, ele conclui que em todo sintoma neurótico haveria um núcleo de excitação somática.

O caso Dora tornou-se emblemático, por apresentar pela primeira vez o termo *complacência somática* (FREUD, 1905a), no qual, acontecimentos psíquicos inconscientes poderiam se expressar no corpo. A complacência somática designaria a predisposição de um órgão ou aparelho à conversão de energia psíquica em uma descarga somática. O acompanhamento de casos de histeria impeliu Freud (1894) a entender melhor o fenômeno da conversão. Nele, haveria um desligamento da associação entre a libido e uma representação,

através do recalque, culminando em uma descarga somática, em alguma parte do corpo. Torna-se importante ressaltar que embora as conversões se apresentem mais frequentemente nos casos de histeria, é possível encontrá-las na neurose obsessiva e na psicose.

Os *Três ensaios sobre a sexualidade* (FREUD, 1905b) estão entre os principais textos freudianos sobre a sexualidade humana. Neles, o autor introduz o termo pulsão (*Trieb*), que constitui um dos pilares da psicanálise, marcando sua diferença em relação à noção de instinto apoiada na biologia. Ao tratar os desvios da pulsão, no primeiro ensaio, intitulado *As aberrações sexuais*, Freud (1905b) formaliza o objeto e objetivo da pulsão. O objeto da pulsão seria a pessoa de quem procede a atração sexual, podendo ser sempre variável, enquanto que o objetivo seria o ato a que a pulsão conduz, ou seja, se satisfazer por meio do alívio da tensão sexual.

No segundo ensaio, *A sexualidade infantil*, Freud (1905b) retoma o termo *autoerotismo* (FREUD, 1895c), empregado pela primeira vez em uma correspondência destinada a Fliess. No texto de 1905 (FREUD, 1905b), o termo faz alusão a um estado primevo da sexualidade infantil, anterior à constituição do narcisismo, em que a pulsão sexual encontra satisfação num órgão ou numa zona de excitação no próprio corpo. O autoerotismo caracteriza-se por uma ausência de objeto sexual externo, marcando uma diferença significativa entre a pulsão (*trieb*) e o instinto (*instinkt*), uma vez que a pulsão sexual visa a satisfação, o prazer, enquanto que o instinto, a reprodução.

Por definição, a pulsão (*trieb*) é um conceito situado na fronteira entre o somático e o psíquico, associada em função de quatro elementos: fonte, pressão, objetivo e objeto. A fonte (*quelle*) é sempre somática e pode emanar de um órgão ou parte do corpo. A pressão (*drang*) refere-se à quantidade de força motor, à exigência de trabalho que a pulsão imprime para atingir seu objetivo. O objetivo (*ziel*) é sempre a satisfação, definida como a redução da tensão acumulada na fonte. Por fim, o objeto (*objekt*) é o meio pelo qual a pulsão é capaz de

atingir seu objetivo (FREUD, 1915a). Ele constitui o elemento mais variável da pulsão, podendo ser uma pessoa, uma parte de uma pessoa, real ou fantasmática.

A partir da postulação dos conceitos de libido e pulsão, o estatuto do corpo em psicanálise adquire um valor erógeno, o que o diferencia do corpo fisiológico, objeto de estudo e tratamento da medicina. A pulsão articula de forma mais clara a relação entre o organismo e o aparato psíquico através das zonas erógenas no corpo, vivificando-o.

As zonas erógenas são tratadas por Freud desde o início de sua teoria, na carta 52 (FREUD, 1985e), carta 75 (FREUD, 1895f) e carta 125 (FREUD, 1895g), destinadas a Fliess, e constituem os primeiros elementos da organização da libido, designada como o principal substrato da pulsão sexual. Em oposição à pulsão sexual, cujo objetivo é a satisfação, está a pulsão do eu, que visa à autoconservação do eu (FREUD, 1910a, 1915a). Já as zonas erógenas integram certas áreas do corpo, principalmente as regiões cutâneo-mucosas, e são as fontes das pulsões parciais.

Tomemos a cegueira histérica (FREUD, 1910a) como paradigmática para explicitarmos os mecanismos psíquicos da erogeneização de um órgão. Na cegueira histérica, considerada um tipo de perturbação psicogênica da visão, o paciente fica cego em decorrência de uma dissociação entre os processos mentais conscientes e inconscientes no ato de ver (FREUD, 1910a). Nesse tipo de conflito, evidencia-se a dupla função do olho, órgão que serve tanto à percepção sensorial da visão quanto ao olhar, em que poderia se extrair um prazer sexual, como no caso da escopofilia erótica.

A erogeneização do olho mobiliza o eu a se defender contra as exigências pulsionais, através da inibição da função de ver, resultando na cegueira histérica. Nas palavras de Freud (1910a, p. 214):

(...) constituye la venganza, el resarcimiento de la pulsión reprimida, el hecho de que ella, coartada de un ulterior despliegue psíquico, pueda acrescentar su imperio sobre el órgano que la sirve. La pérdida del imperio consciente sobre el órgano es la pernicioso formación sustitutiva de la represión fracasada que sólo se posibilitó a ese precio.

Para Miller (2004a), este caso ilustra a especificidade da cegueira sem causalidade orgânica, nela evidencia-se a relação entre as palavras e os corpos. Trata-se de uma “recusa do corpo, quer dizer, a objeção que o corpo faz ao significante-mestre” (MILLER, 2004a, p. 46). O que Lacan nomeava recusa do corpo era o fenômeno caracterizado por Freud como complacência somática. Retomaremos essa noção de recusa do corpo no final do capítulo para discutirmos a questão da dor crônica à luz da psicanálise.

A partir da análise dos textos freudianos, notamos que até 1915 as pesquisas sobre a libido e a pulsão aproximavam sempre as funções corporais das erógenas. Somente em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (FREUD, 1914) o autor introduz outros elementos à discussão, apontando para uma distinção entre o corpo como superfície e o corpo como narcisismo. Em consonância com esses dois termos, os investimentos pulsionais partiriam do corpo e teriam como alvo de investidura o próprio corpo. A inclusão do narcisismo à teoria das pulsões deixa em segundo plano o dualismo: pulsão sexual e pulsão do eu.

Notamos que a concepção de corpo como superfície se mantém em Freud na segunda tópica. Em *o Eu e o Isso* (FREUD, 1923b) o autor deixa claro que o eu é fundamentalmente corporal, constituído pelo conjunto de experiências pulsionais primitivas do sujeito.

Após 1920, Freud reformula sua teoria sobre as pulsões, alicerçado na constatação de que havia algo para além do Princípio do Prazer e da Realidade que regeria a vida psíquica dos sujeitos (FREUD, 1920). A análise dos sonhos traumáticos dos veteranos de guerra, as neuroses de destino, as brincadeiras repetitivas da infância conhecidas como *Fort-Da* e a própria transferência levaram Freud a conceber a compulsão à repetição. A repetição seria uma característica natural da pulsão, nesse momento concebida pelo par de opostos: pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de morte seria a tendência de todo ser vivo de retornar ao estado inorgânico, enquanto que a pulsão de vida seria a força para que esse objetivo seja atingido naturalmente (FREUD, 1920).

Observamos em Freud uma relação muito estreita entre os processos biológicos corporais e a associação ao psiquismo para designar a dualidade pulsional vida *versus* morte. No entanto, Miller (2004), aportado na leitura lacaniana de Freud, traz novas contribuições à discussão biológica da pulsão. Para ele, nos diz o autor:

Lacan, no contexto que tomou a fala, disse que a biologia freudiana não é biologia. Com efeito, a morte de que se trata na pulsão de morte não é a morte biológica, não é o simples retorno do corpo vivo ao inanimado. É morte em que se trata do além da vida. Uma biologia que incluiu a pulsão ao ser falante pela língua. (MILLER, 2004a, p. 14)

Miller (2004) afirma que Freud se apoiou em uma biologia específica, principalmente em Weismann e sua teoria do plasma germinativo. Em analogia ao princípio do gérmen estaria a pulsão de vida, enquanto que a pulsão de morte teria relação com o soma. Desse modo, as células sexuais se serviriam do corpo mortal para garantir sua imortalidade.

O conceito de pulsão de morte ainda é muito controverso entre os pós-freudianos. Dentre eles, Lacan (1954-1955) irá trabalhar exaustivamente o *Além do princípio do Prazer* freudiano fazendo equivaler à pulsão de morte a mortificação do corpo pela linguagem, inscrevendo o sujeito em uma lógica discursiva desvinculado da harmonia adaptativa e da biologia evolutiva.

2.2 As dimensões do corpo em Lacan: imaginário, simbólico e real

As investigações sobre a noção de corpo em Freud nos indicam que o psíquico e o somático articulam-se essencialmente através do conceito de pulsão. Em Lacan veremos que a incorporação de elementos do estruturalismo, da topologia e dos nós, trazem à pulsão e ao corpo outro estatuto. Assim, podemos localizar em seu ensino três momentos distintos, mas não excludentes, em relação ao corpo: imaginário, simbólico e real, que em seu último ensino apresentam-se enlaçados pelo nó borromeano (LACAN, 1975-1976).

Consideramos o aprofundamento sobre as diferentes noções de corpo na teoria

lacaniana fundamental para avançarmos em nosso objetivo de tese. Se o corpo da psicanálise não é só um organismo, tal qual para a medicina, ele constitui-se pela amarração entre significante, imagem e gozo. Isso implica nas formas distintas de cada falasser apropriar-se de seu corpo, já que não é dado de antemão. Para nós, a forma que um falasser na posição feminina vira-se com seu corpo, seu modo de gozar, pode nos indicar algo sobre a prevalência de algumas doenças como a fibromialgia e a dor crônica em mulheres.

Em seu primeiro ensino, Lacan (1954-1955) considera que para haver um corpo é preciso um organismo vivo mais uma imagem. É pela imagem que adquirimos a noção de unidade do corpo. É graças à imagem que se pode estabelecer uma relação entre o organismo e a realidade. Nesse momento, a libido circula entre a e a', como libido do eu. O imaginário é o lugar do gozo no qual predomina a pulsão escópica ligada à visão. O corpo é antes de tudo a forma do corpo, sua imagem. Assim, vemos no estágio do espelho a criança identificar-se libidinalmente com a imagem que lhe presta o outro e, desse modo, ter acesso a uma imagem total do próprio corpo (LACAN, 1949, 1954-1955).

A partir do texto Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise, Lacan (1953) considera que é o significante que introduz o discurso no organismo. Neste momento, o corpo se converte em um conjunto de significantes, insígnias, signos e letras, pois o corpo não é um dom da natureza, é um produto transformado pelo discurso. A linguagem afeta o corpo do organismo falante, tornando-o sintomático e pulsional. Em Radiofonia, Lacan (1970) introduz o termo incorpóreo para designar de que modo o simbólico articula-se com o corpo.

O sujeito deveria reconhecer o Outro para ser reconhecido enquanto sujeito. Nessa vertente, o sintoma seria uma falta de reconhecimento, uma falta de satisfação significante que vem da palavra do Outro. É o ideal do eu que preenche a falta-a-ser do sujeito. O sujeito se identifica com um significante, pois não há um significante que venha designar o que é um

sujeito. Assim, é pela linguagem, pelo discurso, que o corpo deve ser incorporado ao sujeito.

As identificações primordiais do sujeito serão os significantes da alienação primitiva, incorporação ao Outro $S1/\$$. Nesse processo de incorporação da linguagem, de dar um corpo ao sujeito, paga-se um preço. Desvitaliza-se parcialmente o corpo, negativizando o gozo original. Dessa operação produz um resto: a libido.

A libido se implanta nas zonas erógenas, nas bordas e orifícios do corpo. Tenta recuperar no exterior o gozo perdido nos objetos libidinais separados do corpo. A esses objetos Lacan (1964) nomeou como objetos a . Assim, o sujeito se complementa com o ideal do eu ($I(A)$) e com o objeto a . O objeto pode ser encontrado pelo sujeito através da fantasia ($\$ \diamond a$).

Lacan (1964) localiza na alienação e separação os conceitos freudianos de identificação e pulsão. Na alienação o sujeito se identifica aos significantes primordiais $S1$, buscando a partir daí um sentido $S2$. É na relação com o Outro que o sujeito se aliena no sentido $S2$. Trata-se de uma articulação significante $S1-S2$, que implica em uma perda, a partir do qual Lacan (1964) conceitualiza o recalado. Desta operação sempre se produz uma perda que se recupera através da pulsão. Assim, na separação o sujeito se separa do sentido que procura no Outro e recupera seu gozo nas zonas erógenas, produzindo o objeto a .

No seu último ensino, pós seminário 20, Lacan (1972-1973) apresenta uma nova perspectiva do corpo a partir da topologia que evidencia a dimensão real. Nesse aspecto o corpo funciona por conta própria, como entidade airada. Em sua conferência Joyce, o sintoma, Lacan afirma que “o homem tem um corpo, isto é, que fala com seu corpo, ou em outras palavras, que é falasser por natureza” (1975, p. 562). Esta proposição implica em uma disjunção entre o corpo e o ser, diferente do que Lacan propunha antes, quando corpo e ser estavam identificados. Como argumento, apresenta que essa junção corpo e ser justifica-se no mundo animal, mas não no homem. O homem se faz sujeito a partir da articulação

significante, se funda na falta-a-ser. Esta falta divide seu ser e seu corpo, reduzindo-o ao status de tê-lo ao invés de sê-lo.

Desse modo, desfaz a hipótese segundo a qual o indivíduo afetado pelo inconsciente é o mesmo que o sujeito do significante, marcando assim uma separação entre corpo e simbólico. A partir desse momento, Lacan adota o termo falasser para designar o sujeito mais seu corpo, sua substância gozante. O falasser é um ser não aristotélico, um ser que não se sustenta no corpo e nem recebe seu ser do corpo, mas da palavra, do registro simbólico (CASTELLANOS, 2009). O falasser tem um corpo, ao invés de sê-lo. Por esta razão pode deixá-lo de lado, separar-se dele, é precisamente isso que Lacan (1975-1976) busca no exemplo de Joyce.

Em determinado momento de sua vida, Joyce foi preso por alguns colegas em uma cerca de arame farpado e deram-lhe uma surra. Passado um tempo, ele interroga-se por que não sentira rancor dos colegas. Segundo Lacan (1975-1976, p. 145), ele “metaforiza sua relação com seu corpo. Constata que todo o negócio se esvaiu como uma casca, diz ele”. Isso se deve à relação de repulsa que Joyce estabelece com seu corpo, estrangeiro a ele próprio. A forma como Joyce deixa cair seu corpo nos indica que o sujeito na psicose não tem um corpo, pois não dispõe do imaginário e do simbólico para recobri-lo. Quando o registro simbólico se desenlaça do real e do imaginário, já não é mais da ordem do simbólico que se trata.

O último ensino de Lacan (1975-1976) introduz, por meio da topologia, uma nova abordagem da clínica, tornando-a continuísta sem, no entanto, descartar o estruturalismo do primeiro e segundo ensinamentos. A concepção do corpo a partir do nó borromeano assinala que o corpo tem a função de enlaçar as três instâncias: simbólica, imaginária e real. O corpo simbólico apresenta uma vertente que se oferece ao sentido enquanto o corpo real, manifesta um gozo, na carne, fora do sentido. Lacan (1975-1976) nos indica a partir dos nós a

(...) interseção do registro real com o simbólico para falar de um gozo específico do sintoma, o gozo fálico. Nele a ênfase estaria fora do imaginário, fora do corpo. Entretanto, é na interseção entre o imaginário e o simbólico que Lacan aponta para

um gozo que produz sentido, usando a homofonia: jouissance: jouis (gozo) e sens (sentido) traduzido como gozo-sentido. (BESSET *et al.*, 2010a, p. 9)

É nessa vertente do fora de sentido do gozo que Besset *et al.* (2010a) pensam a fibromialgia e que nós estendemos as síndromes de dor crônica. Segundo esse modelo, o que dá consistência aos fenômenos de corpo “são os sentidos imaginários que o sujeito encontra para gozar com o sofrimento, fazer o corpo falar de uma dor (psíquica) impossível de simbolizar” (BESSET *et al.*, 2010a, p. 9). Ao mesmo tempo, na interseção do real com o imaginário, Lacan (1975-1976) situa o gozo do Outro como equivalente ao que está fora do simbólico e não é tocado pela palavra.

Até aqui nos ocupamos em tecer um breve percurso sobre os três registros do corpo no ensino de Lacan. Assim, vimos que a vertente imaginária do corpo é uma imagem que fornece ao sujeito um sentido, o corpo simbólico é representado por significantes e o corpo real apresenta uma parte do corpo destacável com o objeto a. Por fim, o corpo passa a ser abordado pela topologia do nó, aproximando o real do gozo. A seguir, nos valeremos do aporte de Miller (2000) para investigarmos como o conceito de gozo apresenta diversas articulações teóricas no ensino de Lacan.

2.3 Os paradigmas do gozo

Em Lacan, notamos que conceito de gozo, presente do início ao fim de seu ensino, acompanha os diferentes momentos de suas formulações teóricas e constitui umas das principais vias em que o corpo é tocado pela psicanálise. Esse percurso torna-se importante para nossa tese, pois como veremos, no final de seu ensino, Lacan (1972-1973) propõe a partir das fórmulas da sexuação um gozo próprio à posição masculina, fálico, e outro à posição feminina, não todo fálico, também chamado de gozo Outro. Se o gozo Outro é particular à posição feminina, isso talvez indicasse que um gozo mal localizado poderia

aparecer no corpo como uma dor crônica. A particularidade do feminino e suas articulações no campo do amor e do gozo serão trabalhados no próximo capítulo. Nesse momento, valeremo-nos das indicações de Miller (2000) que propõe seis paradigmas para o gozo ao longo da transmissão lacaniana, para orientar-nos nesse percurso.

O primeiro paradigma é o da imaginarização do gozo e corresponde à prevalência do simbólico em Lacan. Trata-se de um tempo em que o campo da linguagem enquanto estrutura consistia o núcleo de seu ensino. A função da palavra enquanto suporte do sentido tecia a comunicação através da dialética intersubjetiva. O texto *Intervenção sobre a transferência* (LACAN, 1951) marca a dissimetria intersubjetiva que há, em uma análise, entre o analista e o sujeito. Essa alteridade introduz a noção de Outro absoluto, que mais tarde será o Outro da linguagem da palavra, da estrutura.

Miller (2000) considera que, nesse período conceitual, o inconsciente oscilava sempre entre dois polos: o da palavra e o da linguagem. A decifração do inconsciente estaria pautada no simbólico, na diferenciação entre o significante e o significado. No seminário 5, Lacan (1957-1958) evidencia a satisfação simbólica proveniente da fixação do sujeito ao sentido de seu sofrimento. Isso deixa de lado as pulsões e o investimento libidinal, levando o autor a propor outra ordem de satisfação, que estava fora do simbólico. A satisfação imaginária não provém da linguagem, da palavra, do sujeito.

A libido freudiana e o gozo originam-se no eu (*moi*), no narcisismo, constituindo-se a partir do que Lacan (1954-1955) propõe como o estádio do espelho, no eixo imaginário *a-a'*. Assim, o primeiro paradigma caracteriza-se por uma dupla separação: entre o significante e o gozo; e entre o campo do eu (*moi*) e o do inconsciente (Miller, 2000). O gozo imaginário encontra-se ali onde há um fracasso da elaboração simbólica.

O segundo paradigma refere-se à significantização do gozo que consiste na articulação simbólica do que é imaginário. Bem como a transferência, as pulsões são também deslocadas

do eixo imaginário para o simbólico. Lacan escreve a pulsão em termos simbólicos a partir da demanda do Outro com a sigla ($\$ \diamond D$). O mesmo ocorre com a fantasia, que articula o eixo a - a' , essencialmente imaginário, à ordem simbólica do Nome-do-Pai. Em termos de fórmula, ele escreve a fantasia vinculada a uma cadeia significante ($\$ \diamond a$) (LACAN, 1954-1955).

Em relação ao eu, há um retorno aos significantes, deslocando-o do imaginário para o simbólico. O falo também perde seu estatuto de imagem para a assunção do significante. A significantização do gozo culmina no conceito de desejo através do grafo que conduz o gozo à castração. A satisfação está no desejo, na metonímia, reduzindo a pulsão à cadeia significante. Miller (2000, p. 90) resume, “o significante anula o gozo e o restitui sob a forma de desejo significado”. Junto com o grafo do desejo surgem os matemas: menos phi, grande phi, fantasia, pulsão, etc.

Assim, com o matema do desejo é possível escrevê-lo: a pulsão, como demanda inconsciente, no lugar do significante e o desejo na posição de significado. O gozo é, por um lado, desejo mortificado e, por outro, a fantasia, que comporta o corpo vivo, concentrando a libido no pequeno a . Enquanto que o sujeito barrado é mortificado pela função significante.

$$\begin{array}{ccc} \underline{\$} & \rightarrow & (\$ \diamond D) \\ s & & d \end{array}$$

O terceiro paradigma é o do gozo impossível, real, introduzido no seminário de Lacan (1959-1960), *A ética da psicanálise*, como aquilo que se opõe tanto ao simbólico quanto ao imaginário. Ele extrai do conceito freudiano *das Ding*, a coisa, a verdadeira satisfação pulsional, a *Befriedigung*. A pulsão está fora do imaginário e do que pode ser simbolizado, ela é da ordem do real. Para conter o gozo real há uma barreira que se interpõe tanto ao imaginário quanto ao simbólico, expressos no grafo do desejo.

Segundo esse modelo, nos diz Miller (2000), o gozo estaria reduzido a um lugar vazio, fora do sistema e *das Ding* corresponderia à anulação da castração. Não haveria acesso ao

gozo, inacessível, a não ser por transgressão. Para dar conta do gozo real Lacan (1959-1960) elogia a figura dos heróis históricos. É assim que Antígona aparece como transgressora da cidade, da lei, do belo, em direção ao horror do gozo sem barreira.

Esse paradigma é marcado pela extrema disjunção entre o significante e o gozo. A libido deixa de ser transcrita em termos de desejo, fora do significante e do significado. É nesse sentido que o inconsciente estruturado como linguagem não inclui o gozo, e por isso o sujeito mente, se defende de certa forma, sobre seu gozo não simbolizado. Além disso, o princípio do prazer se oferece de algum modo como barreira aos excessos do gozo. Miller (2000) nos indica que nesse momento Lacan (1959-1960), faz equivaler o gozo à Coisa, ao Outro do Outro. Quer dizer, àquilo que falta ao Outro, ao Outro enquanto barrado que está fora do que é simbolizado.

O quarto paradigma nomeado por Miller (2000) como o do gozo normal, refere-se ao seminário 11 de Lacan (1964), *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, em que o gozo está despedaçado nos objetos pequeno *a*. O corpo está fragmentado pelas pulsões parciais, pelas zonas erógenas independentes. Elas se reúnem mediante um gozo automático, que se expressa pelo movimento normal da pulsão de ir e vir, sem transgressão.

Nesse momento, Lacan (1964) retoma a aliança entre o significante e o gozo através do mecanismo de alienação e separação. A alienação é da ordem simbólica, refere-se aos conceitos freudianos de identificação, como um significante do Outro que representa o sujeito, e o recalque, que marca a divisão do sujeito. A separação, por sua vez, responde à alienação por meio da pulsão. Ela introduz o objeto pequeno *a*, perdido, onde havia o sujeito vazio, dividido, resto da operação entre a identificação e o recalque (MILLER, 2000). Assim,

No seminário 11, o gozo parece responder à alienação significante do sujeito sob a forma de objeto. Isso é o que Lacan chama de separação. O objeto pequeno *a*, esta invenção de Lacan, tem aqui, ao mesmo tempo, a estrutura elementar do significante, e é substancial, enquanto que o significante é material e não substancial. Há uma matéria significante, mas há uma substância de gozo, e é aí que se mantém a diferença entre o objeto e o significante. (MILLER, 2000, p. 95)

O quarto paradigma nos interessa particularmente pelo novo estatuto do inconsciente, estruturado como uma zona erógena do corpo que se relaciona com o Outro a partir de seus objetos *a*, como trataremos no item a seguir. Trata-se de uma noção do inconsciente enquanto borda que se abre e fecha, como a boca e o ânus, que obedecem ao movimento retrátil da pulsão (MILLER, 2000). A libido funcionaria enquanto órgão, fonte dos objetos perdidos naturalmente pelas vias do sexo, recuperada através da operação de separação (LACAN, 1964).

O quinto paradigma, do gozo discursivo, corresponde, segundo Miller (2000), aos seminários 16 (LACAN, 1968-1969), 17 (LACAN, 1969-1970) e *Radiofonia* (1970). No seminário 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan (1969-1970) evidencia a relação do saber e da verdade com o gozo através da elaboração dos quatro discursos. Os discursos introduzem a repetição do gozo, que o “significante representa um gozo para outro significante” (MILLER, 2000, p. 96). Esse caráter representativo do significante também define o sujeito nesse momento, fazendo-o equivaler ao gozo. Nesse sentido, o sujeito nada mais é do que um corpo afetado pelo gozo.

A mortificação do gozo adquire outro estatuto, não mais como perda natural sexuada, mas como desperdício de gozo, como uma entropia proveniente da ação significante no corpo. O objeto pequeno *a* surge como mais-de-gozar, como um suplemento da perda de gozo (LACAN, 1969-1970). Trata-se de um transbordamento de gozo, incapaz de conter o desperdício de gozo, mas que mantém ao mesmo tempo a falta-de-gozar, ampliando a lista de objetos *a* (MILLER, 2000).

Encontramos nesse paradigma um retorno ao corpo como independente do significante, marcando um corte entre a libido e a natureza. Notamos assim, uma divisão entre o corpo e seu gozo que aparece na busca dos objetos pequeno *a*, nos *gadgets* produzidos pela indústria e pela cultura, que nutre seu gozo e sua falta-de-gozar (MILLER, 2000). Ao mesmo

tempo evidencia-se a relação do significante e do saber com o gozo como indispensável um ao outro.

O sexto paradigma é o da não-relação, em conformidade com o que Lacan (1972-1973) estabeleceu sobre a disjunção homem-mulher em seu seminário 20, *Mais ainda*. Neste seminário aparece o conceito de *lalíngua* que une a palavra ao gozo, deslocando-a da comunicação enquanto estrutura da linguagem. Este paradigma caracteriza-se pelas disjunções, enfatiza Miller (2000): significante-significado; gozo-Outro e homem-mulher. Esta última separação ficou conhecida com o aforisma lacaniano: a relação sexual não existe (LACAN, 1972-1973).

A noção de não-relação interpela o conceito de estrutura, repercutindo na clínica através da pertinência em se tocar o gozo pela via da palavra, do sentido. Assim, há gozo também na palavra, que não tem por intuito simplesmente a comunicação com o Outro. Trata-se do que Lacan (1972-1973) chamou do gozo do *blábláblá*, que marca um corpo que fala e goza de diversas formas, tanto ao falar quanto ao masturbar-se.

A prerrogativa de que não há relação sexual evidencia seu contrário, há gozo enquanto qualidade do corpo vivo. A separação entre gozo e Outro dá lugar ao Outro do Outro, conhecido com o Um, sem o Outro, totalmente só no corpo próprio (MILLER, 2000, p. 102-103). Enquanto que o gozo do corpo do Outro se caracterizaria pelo gozo sexual.

O último paradigma proposto por Miller (2000), o da não-relação, interessa-nos em particular por apresentar uma diferenciação entre o gozo masculino, fálico, e o gozo feminino, não todo fálico, que será discutido no próximo capítulo sobre o amor e o gozo feminino. Ao mesmo tempo, a noção de gozo do Um, do corpo vivo, nos aporta para a discussão central dessa tese sobre a dor crônica como um efeito possível da devastação no corpo feminino.

2.4 Os objetos *a* soletrados no corpo⁶

Na psicanálise o objeto aparece, desde Freud (1910b, 1912, 1914, 1918b), associado à pulsão, mas também ao amor, em relação à eleição, degradação e perda do objeto. A partir das formulações sobre os objetos parciais da pulsão, Freud estabelece inicialmente o seio (oral), o excremento (anal) e o falo nessa lista. Depois inclui o dinheiro e o filho como subcategorias, assinala Brousse (2008b). Em Lacan (1962-1963), a questão da origem dos objetos *a* foi retomada a partir de uma nova perspectiva no seminário *A angústia*, para dar conta de como o significante entra no real através do corpo.

Lacan (1962-1963) acrescenta a voz e o olhar à série de objetos freudianos, pois compartilha da mesma função representada por uma notação algébrica, o objeto *a*. O autor justifica a escolha da letra *a* para designar o objeto, evitando as diversas significações possíveis em torno de um significante.

A notação algébrica tem por fim, justamente, dar-nos um posicionamento puro da identidade, já tendo sido afirmado por nós que o posicionamento puro da identidade, já tem sido afirmado por nós que o posicionamento por uma palavra é sempre metafórico. (LACAN, 1962-1963, p. 98)

Por ser uma função, o objeto *a* articula a pulsão ao biológico, através de um gozo soletrado no corpo próprio, vivificando-o. Ele constitui uma parte de nosso corpo, um pedaço de carne, perdido, que resta da operação alienação-separação que divide o sujeito do campo do Outro (LACAN, 1962-1963). Na psicose, a alienação não resulta no recalque, mas na foraclusão, enquanto que na separação, a pulsão não domesticada, já que não se articula ao objeto *a*, favorece o aparecimento de fenômenos de corpo, que seriam a pulsão não domesticada, que não se articula ao objeto *a*. No seminário 11, Lacan (1964) descreve a pulsão ao redor de um vazio, desarticulada do simbólico. É nesse sentido que, nos fenômenos

⁶Esse título faz alusão à conferência de Brousse no Rio de Janeiro, em 2007, intitulada ‘Objetos soletrados no corpo’, publicada posteriormente em **Arquivos da biblioteca n. 5**. Seção Rio da Escola Brasileira de Psicanálise, p. 29-46, 2008a.

psicóticos de corpo, a pulsão emerge no real, cortando seu próprio corpo (CASTELLANOS, 2009).

A voz e o olhar demonstram a função de causa de desejo do objeto *a*, que vem dar conta da separação entre as palavras e o real (BROUSSE, 2008). No seminário, *o Sinthoma*, a função de causa de desejo do objeto *a* enlaça os aros, imaginário, simbólico e real, sendo o único modo de gozo que pertence às três dimensões simultaneamente (LACAN, 1975-1976).

Ao eleger o olhar enquanto um objeto, Lacan (1962-1963) o diferencia do olho, da visão e da imagem. Quando olhamos nos fazemos desaparecer da cena, ficamos fascinados por algum objeto agalmático, neutralizando assim nossa própria falta e a do Outro. Nas palavras de Brousse (2008, p. 71): “o objeto olhar é isso: não posso ver o que perco e tampouco vejo o que o outro perde, o que evidencia, de forma um pouco angustiante, que o olhar não é um véu, aquilo que esconde, mas o que o faz aparecer como objeto”.

Privilegiamos o objeto olhar para explicitarmos como na fascinação, no arrebatamento, este aparece na relação amorosa de Lol V. Stein, velando o real do gozo, de puro dejetivo-olhar (TIRONI, 2007). No texto *Homenagem a Marguerite Duras pelo arrebatamento de Lol. V. Stein*, Lacan (1965) teoriza sobre a posição sexual feminina através do desvelamento do objeto olhar. No arrebatamento, termo que tem origem no francês *ravissement*, podendo significar tanto o deslumbramento como seu oposto, rapto, o sujeito perde a sustentação imaginária de seu corpo (BASTOS, 2009).

No romance de Marguerite Duras, a personagem atrapalha-se com a apropriação de seu corpo feminino sexuado e enlouquece a partir do encontro amoroso com um homem. O deciframento de seu próprio nome, *Lol V. Stein*, “no jogo do amor tu te perdes” (LACAN, 1965, p. 198) revela esse embaraço. Ela tenta em vão soluções para reconstruir sua imagem corporal fragmentada após o desencadeamento da psicose. Para Bastos (2009),

(...) a teoria lacaniana atribui a loucura à inoperância da função paterna, função de nomeação. A ausência de um recurso simbólico faz com que o falo, essencial à apropriação psíquica do corpo, não funcione. A apropriação psíquica do corpo

consiste no fato de, numa espécie de engodo, o corpo ser tomado pelo sujeito como seu corpo e de servir de suporte à subjetivação. (BASTOS, 2009, p. 137)

A trama desenrola-se a partir da cena de um par dançando em um baile, o que captura o olhar de Lol. Trata-se do noivo de Lol, Richardson, a quem ela ama apaixonadamente, e uma mulher vestida de negro. Lacan (1965) comenta que o romance inteiro trata da rememoração dessa cena, na qual, sob o olhar de Lol, o noivo lhe é roubado, enquanto ela fica arrebatada, fascinada pela imagem dessa mulher. Durante toda a cena está ao seu lado Tatiana, uma amiga de infância. O casal vai embora e Lol desmaia, perde a razão, e em seguida imerge em uma crise profunda, que a deixa num “sofrimento sem sujeito” (DURAS, 1964, p. 135).

Uma segunda cena acontece anos mais tarde quando Lol, já casada e com filhos, retorna à sua cidade natal. Do jardim de sua casa ela avista Hold, um homem desconhecido, com uma mulher, que a princípio ela não reconhece ser Tatiana, sua amiga de infância. Lol escuta a mulher dizer “talvez morta” (DURAS, p. 23), e, a partir de então, há um marco em sua vida. Ela passa a buscar o casal de amantes pela cidade e um dia vê o homem, seguindo-o até um hotel. Lol então se posiciona em um campo de trigo para olhar o encontro sexual de Tatiana e Hold através do enquadre da janela iluminada.

Hold percebe Lol olhando do outro lado da janela. Ao ser olhada, ela afasta-se do casal, mas Hold a procura. Interessado em sua loucura, querendo curá-la com seu amor, leva-a ao local do baile. Depois a conduz ao quarto de hotel em que esteve com Tatiana, no momento em que Hold tira seu vestido, despindo-a, Lol começa a delirar, confundindo seu próprio corpo com o de Tatiana, atribuindo-se os dois nomes.

Para Bastos (2009), a clínica com psicóticos revela sempre tentativas de compensação da precariedade simbólica através de bengalas imaginárias (LACAN, 1955-1956). No caso de Lol, as reparações imaginárias e o amor se sobrepõem ao arrebatamento, que aparece como uma solução singular. Na infância e na cena do baile, ao segurar a mão de Lol, Tatiana forma

uma dupla espetacular (no eixo $a-a'$), funcionando como suporte imaginário. Quando Tatiana aparece em outro momento em uma posição terceira, uma mulher amada, a psicose de Lol é desencadeada, pois desestabiliza-se a relação imaginária entre o sujeito e seu semelhante (BASTOS, 2009).

A falta de articulação simbólica, que tem o falo como principal operador, faz com que o sujeito se embarace com seu corpo, feminino ou masculino, tendo dificuldade de subjetivá-lo enquanto sexuado na partilha dos sexos. Lacan (1962-1963) nos indica que a função de corte do objeto a na separação seria localizar um gozo no corpo sexuado. O corpo enquanto objeto pulsional, real, é envelopado pelo imaginário.

Lacan (1972-1973, p. 14) nos dá o exemplo do monge para demonstrar a sustentação do objeto sob o corpo especular: “o hábito ama o monge, porque é por isso que eles são apenas um. Dito de outro modo, o que há sob o hábito, e que chamamos de corpo, é apenas o resto que chamo de objeto a' ”. Assim, quando não há o corte, a separação, o objeto a , no caso de Lol, o olhar não sustenta sua imagem corporal.

O amor narcísico, através da imagem que recobre o corpo do amado, também apresenta uma função no imaginário. Por essa razão, a perda do amor apresenta consequências sobre o eu e o corpo, pois o sujeito fica descoberto da imagem que o ser amado projetou sobre ele. Essa operação deixa aparecer a dimensão de objeto do corpo, de resto, dejetado (BASTOS, 2009). Essa argumentação, sobre como a perda do amor incide no corpo, nos serve como alicerce para pensarmos a dor crônica como um possível efeito no corpo da devastação⁷ feminina.

No caso de Lol, o corpo não dá um suporte consistente ao sujeito. Ela o tem apenas através da bengala imaginária, com Tatiana, ou enquanto amada pelo noivo, mas não está subjetivado enquanto corpo feminino. Quando o noivo está com outra mulher, na cena do

⁷ O termo devastação (LACAN, 1972) designa o sem limites da posição de gozo feminino no qual o importante é ser amada mesmo enquanto um objeto dejetado, degradado. Exploraremos essa problemática no próximo capítulo.

baile, Lol perde não só seu amor, mas também consistência do corpo, dando lugar ao arrebatamento. Bastos (2009, p. 141) nos esclarece “sem a imagem, perde ao mesmo tempo o corpo e o próprio ser, que visará na outra”.

A solução que Lol encontra para manter minimamente seu corpo é enquanto terceira na cena, ao eternizar a dança do casal. Ela fixa seu olhar na mulher e seu vestido, arrebatando ao mesmo tempo sua imagem e seu corpo. A perda do noivo é comentada por Lacan (1965) que utiliza a palavra *dérobé*, que significa roubado e, ao mesmo tempo, deriva de *robe*, vestido, referindo-se ao desinvestimento do noivo por Lol. Quando a outra mulher tira seu vestido negro, Lol toma emprestado o corpo dessa mulher que goza na cena. Assim, sem o amor do amado, ela ganha corpo pela imagem do corpo despido da outra. Duras (1964, p. 50), nos indica que Lol fez um luto imediato: “(...) não pensa mais nesse amor. Nunca. Ele está morto até em seu odor de amor morto”.

Por fim, em outro momento, quando vê Tatiana e Hold, a cena do baile é revivida. Ela aparece de novo como terceira, entre um homem e uma mulher. Isso não constitui para ela um triângulo amoroso, pois ela não quer o lugar da outra, e nem lhe faz enigma sobre o feminino como na histeria. Quando Hold tira seu vestido, ela surta, pois revela que não possuía um corpo sob a vestimenta, que ele não era subjetivado. Para Lol, a outra mulher tem a função de solução, inventada como meio de ter um corpo de mulher (BASTOS, 2009).

Assim, notamos que o enigma do feminino, na histeria, pode aparecer com a outra mulher, e na psicose, o sujeito se embaraçasse com seu corpo feminino, pois não o possui. Lacan (1975-1976) esclarece: “o falasser adora seu corpo, porque crê que o tem. Na realidade, ele não o tem, mas seu corpo é sua única consistência, consistência mental, é claro, pois seu corpo sai fora a todo instante”.

No discurso de Roma, conhecido com *A terceira*, Lacan (1974) faz uma paródia do sofisma proposto por Descartes, “Penso, logo se goza” e em seguida, “Eu go(z)sou”. Para ele,

o corpo goza de objetos a que constituem o centro do nó borromeano. O objeto só se mantém pela existência do nó nas três consistências de toros: real, imaginário e simbólico (LACAN, 1974). Nesse momento de seu ensino, Lacan (1974) nos adverte que o objeto a , enquanto mais-de-gozar, conecta todo gozo, seja ele o gozo Outro, feminino, ou o gozo fálico, masculino, conforme vemos na imagem a seguir:



Lacan (2011, p. 22), demonstra com a figura acima que cada uma das três intersecções é externa a um campo. Assim, o gozo fálico é externo ao corpo, o sentido é externo ao real e o Outro gozo está fora da linguagem, do simbólico. Trataremos a noção de gozo fálico e Outro gozo, no próximo capítulo, a partir das fórmulas da sexualização propostas por Lacan (1972-1973) para dar conta do gozo feminino e suas relações com o amor. Assim, para o autor,

(...) o gozo Outro, na condição de parassexuado – para o homem, gozo da suposta mulher, a mulher que não temos que supor, já que ‘A’ mulher não existe, mas por outro lado, para uma mulher gozo do Homem, que, este infelizmente, é todo, ele é todo gozo fálico – esse gozo Outro parassexuado não existe, não saberia existir, a não ser por intermédio da fala – fala de amor, especialmente que, devo dizer, é a coisa mais paradoxal e espantosa. (LACAN, 1974, p. 32)

2.5 Angústia não é sem objeto

Para Brousse (2008), a angústia constitui a forma mais segura de acesso aos objetos a . Na angústia o objeto a é definido como puramente corporal, o que coloca em evidência o estatuto real do corpo (LACAN, 1962-1963). O objeto a está fora do corpo, pois designa algo que ao mesmo tempo escapa e resta ligado ao corpo. É o que resta do corpo domesticado pela

linguagem, um mais de gozar ligado ao objeto *a* que a atividade pulsional pode tomar fora do corpo. Para Besset *et al.* (2008, p. 139), “deduz-se daí, um mais-além do corpo que escapa à mortificação: uma presença viva denunciada pela angústia”.

A atividade pulsional apenas conhece aquilo que resta do corpo depois da “corpsification” (BROUSSE, 2008). Aquilo que resta são pedaços que derivam como voz, olhar, carne a devorar ou seu excremento. Estes objetos substitutos, definidos como órgãos fora do corpo, órgãos de gozo que ligam a pulsão ao campo do Outro.

Para Lacan (1962-1963), a angústia é um afeto que não mente, em consonância com o que Freud (1926) propõe sobre a angústia, e que por isso não pode ser recalcada. O que podem ser recalcados são os significantes que estão atrelados a ela, que a representam. Sendo um afeto, a angústia toca o corpo por meio de suas três vertentes: simbólica, imaginária *i(a)* e real, que se articulam com a esfera do desejo.

Para Lacan (1962-1963), a angústia sinaliza o aparecimento do objeto *a*, de um modo de gozo que embaraça o sujeito por sua estranheza ao campo do conhecimento e da representação. Lacan extrai esse caráter estranho do *Unheimlichkeit* freudiano. O termo *Unheimlich*, estranho, tratado no texto de Freud (1919a) intitulado *O Estranho* é definido pelo seu oposto, *Heimlich*, aquilo que é familiar. Nesse artigo, Freud (1919a) faz alusão aos contos de Hoffman, em especial *O homem de areia*, para explicar a estranheza do fenômeno do duplo. Assim, Lacan (1962-1963) se apoia nesses pressupostos ao eleger a palavra *Heim* para designar o lugar do – *phi*. Desse modo, associa o *Heimlich* ao objeto da angústia. Lacan (1962-1963, p. 87) esclarece que:

(...) a angústia tem um tipo de objeto diferente do objeto cuja apreensão é preparada e estruturada pela grade do corte, do sulco, do traço unário, do é isso que sempre funciona, fechando o lábio ou os lábios do corte dos significantes, que então se transformam em cartas/letras fechadas, enviadas em envelopes selados a outros trapos.

Assim, a angústia seria “um fenômeno de borda, um sinal que se produz no limite do eu [*moi*], quando está ameaçado por alguma coisa que não deve aparecer” (LACAN, 1962-

1963, p 133). O aforismo lacaniano “o desejo do homem é o desejo do Outro” pode ser entendido como o único modo que o sujeito dispõe de se questionar acerca de seu próprio desejo (LACAN, 1958a). Nessa relação com o Outro, da alteridade, o sujeito pode reconhecer a falta neste Outro e em si. Diante desse Outro barrado, inconsistente o sujeito só pode se colocar como objeto. Assim, o desejo é sempre desejo do corpo, desejo do corpo do Outro.

Nesse movimento rumo ao desejo, encontramos incontornavelmente a angústia. Mas diante do que o sujeito se angustia? Aprendemos com Lacan (1962-1963) que, diante da ameaça desse encontro com o desejo do Outro, a angústia pode ser um sinal. No entanto, a angústia presente durante todo o tratamento pode atuar na sua face de motor, como sinal de desejo, também pode funcionar como entrave. Na sua face de entrave apresenta-se de forma avassaladora, paralisando o sujeito. Na sua face de sinal o que parece angustiar o sujeito é não saber que objeto ele constitui para o Outro. Segundo Lacan,

A angústia se produz topicamente no lugar definido por $i(a)$, isto é, como é articulado pela última formulação de Freud, no lugar do eu, mas só há sinal de angústia na medida em que ele se relaciona com um objeto de desejo, na medida em que este último perturba, precisamente, o eu ideal, $i(a)$, originado na imagem especular. O sinal de angústia tem uma ligação absolutamente necessária com o objeto de desejo. Sua função não se esgota na advertência de ter que fugir. Ao mesmo tempo em que realiza essa função, o sinal mantém a relação com o objeto do desejo. (LACAN, 1960-1961, p.352)

Na clínica observa-se com frequência a queixa de mulheres sobre suas relações amorosas. Do mesmo modo, não é incomum que algumas delas falem da dificuldade de estabelecer um limite às relações que lhes causam enormes sofrimentos. O extrato de caso a seguir, nos ajuda a pensar como a angústia no feminino se articula com as relações do sujeito com o amor e o desejo.

Paula procura tratamento por não aguentar suas crises de ciúmes, que a deixam muito angustiada. Não suporta o contato do namorado com outras mulheres. Ela diz que se sente só mais uma. E se insere na mesma série que as demais mulheres com quem seu namorado se relaciona e se relacionou no passado. Paula se desespera diante dessa dúvida, de não saber que lugar ela ocupa para este namorado.

Desse modo, essa mulher não consegue se descolar da questão de que objeto constitui para o Outro. A possibilidade de ser *só mais uma* deixa Paula angustiada. Nessa alienação na demanda do Outro, o sujeito não consegue deslocar-se desse lugar passivo, transfigurado pela questão, “O que querem de mim?”, tentando a todo custo atender a essa demanda imaginária, não se interrogando acerca de seu próprio desejo, não se questionando sobre “O que eu quero?” (MILLER, 1987).

Diante do desejo do Outro, que me coloca na posição de objeto de seu desejo ou de seu gozo, mas somente objeto, não passível de ser circunscrito em sua existência pelo significante, é a angústia que me dá sinal de perigo. Na angústia, o duplo não comparece. Em seu lugar, é diante do objeto *a* que o sujeito se encontra. O objeto olhar, um objeto que olha e se encontra fora do circuito dos objetos espetacularizáveis. (BESSET, 2001a, p. 16)

A angústia, como um afeto que se manifesta no corpo, não deve ser confundida com um sintoma, tal qual fazem algumas psicoterapias na contemporaneidade. A partir da clínica, observamos que este afeto que por vezes se apresenta de forma avassaladora, paralisando o sujeito, não deve ser extinto, mas trabalhado na medida certa (BESSET, 2001a). A eliminação da angústia tem implicações que se relacionam com a esfera do desejo, posto que desse, esta pode ser sinal. Sinal do encontro com o desejo do Outro, como nos ensina Lacan (1962-1963) em seu seminário sobre a angústia.

É precisamente a iminência desse encontro que angustia o sujeito, que o coloca no lugar de objeto diante deste Outro e que pode deslizar para a questão acerca de seu próprio desejo. O neurótico, assim, recusa fazer de sua castração o que falta ao Outro. Quanto mais o homem se aproxima do que acredita ser o objeto do seu desejo, mais ele é afastado dele. Nas palavras de Lacan (1962-1963, p. 33):

Ao exigir ser reconhecido ali onde sou reconhecido, sou reconhecido apenas como objeto. Obtenho o que desejo, sou objeto, e não consigo me suportar como objeto, já que esse objeto que sou eu, é em sua essência, uma consciência, uma *Selbstbewusstsein*. Não consigo suportar-me nesse modo, no único modo de reconhecimento que posso obter.

Portanto, o ponto de angústia está relacionado à própria estruturação do desejo, pois não há coincidência entre a “falta com a função do desejo, em ato, estruturado pela fantasia e

pela vacilação do sujeito em sua relação com o objeto parcial (...)” (LACAN, 1962-1963, p. 253). A fantasia tem a função de véu, que visa defender o sujeito da angústia, do encontro com o objeto *a*. Como cada objeto parcial (*a*) é correlativo a um modo particular de manifestação da angústia, Lacan (1962-1963) acrescenta a lista dos objetos freudianos: oral, anal e fálico, a voz e o olhar.

Esses objetos são o resto do sujeito, aquilo que sobra da relação de alienação com o desejo do Outro e que aparece no real por meio da angústia. Para velar o objeto *a* como dejetivo, objeto de gozo do Outro, o sujeito tem como recurso o engano do amor (MILLER, 1988). É o amor que reveste a imagem de *a* i (*a*) como um véu. Em *Los signos del goce*, Miller (1998a) descreve como o amor articula-se com o Outro e com o gozo:

Há um efeito de sentido particular que se chama amor e está destinado a fazer acreditar que o gozo do Outro existe, que se pode gozar do Outro e não gozar-se, o amor se torna esse efeito necessário para passar do se goza à idéia de que se goza do Outro. É preciso que o ‘te amo’ apague ou, ao menos, vele o se goza. (MILLER, 1998a, p. 345)

2.6 Acontecimento de corpo na neurose e na psicose

O homem tem um corpo, nos diz Lacan (1975), o que o diferencia de sê-lo, como acontece nos animais. Essa identificação de seu ser e de seu corpo não se justifica para o homem pelo efeito do significante. Ele é constituído pela falta-a-ser que divide seu ser de ser corpo, e por isso pode tê-lo. É pelo fato de ter um corpo que o homem tem sintomas, acontecimentos que perturbam a funcionalidade do corpo, deixando traços que podem ou não ser decifrados. Nas palavras de Lacan (1975, p. 565), “deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal”.

A partir do período que ficou conhecido como seu último ensino, do seminário *Mais Ainda em diante*, Lacan (1972-1973) apresenta uma nova concepção de sua teoria, pautado na clínica do real. Ele passa a definir a vida como condição de gozo, ele nos diz “não sabemos o

que é ser vivo a não ser somente, de que se trata de um corpo, e de algo que se goza” (1972-1973, p. 96).

Em *A experiência do real no tratamento analítico*, Miller (2003c) introduz o termo corpo vivo. Essa noção é retomada em *Biologia lacaniana e acontecimento de corpo* (MILLER, 2004a), e implica no corpo, do lado do imaginário, e no vivo, do lado do organismo e do simbólico. Ele articula que o corpo vivo não é simbólico, nem imaginário, mas vivo, afetado pelo gozo. Assim, o significante teria efeitos de significado e, ao mesmo tempo, efeitos de gozo. Para que haja gozo é necessário um corpo vivo. Existem dois efeitos de significante no corpo, a mortificação e a produção de mais de gozar. Ao mesmo tempo em que o significante mata o gozo, o faz produzir mais gozo. Tem, portanto, uma dupla inserção de causa de gozo e de incidência desse gozo sobre o corpo.

O corpo vivo é o ponto de partida de toda experiência de gozo, mas que não pode ser abordado sem o significante. É por esta razão que o sintoma pode ser definido como um acontecimento de corpo. Na medida em que manifesta aquilo que do corpo resta silencioso, o gozo, uma satisfação substitutiva de uma pulsão em termos freudianos. Miller (2004a) nos indica as coordenadas abaixo para avançarmos na definição do sintoma como acontecimento de corpo.

O mesmo organismo deve suportar dois corpos distintos, dois corpos superpostos. De um lado, um corpo de saber, o corpo que sabe que é preciso para sobreviver, o corpo epistêmico, corpo que sabe o que lhe é necessário, e de outro lado, o corpo libidinal. Como o primeiro é o corpo que deveria ser regulado e cuja regulação deveria ser prazer, de um lado, o corpo-prazer que obedece, e, de outro lado, o corpo gozo, desregulado, aberrante, onde se introduz o recalque como recusa da verdade e de suas consequências. Para dizê-lo ainda, de um terceiro modo, de um lado o corpo-ego, e de outro o corpo-gozo, que não obedece ao ego, que é subtraído da dominação da alma como forma vital do corpo. (MILLER, 2004a, p. 49)

O sintoma, como acontecimento de corpo, traz uma nova visada à definição de sintoma e pode ser considerado de duas formas: da significantização e da corporização (MILLER, 2004a). O primeiro, como advento da significação, que perdurou durante muito tempo e que fazia equivaler sintoma e metáfora. Essa concepção é correlativa àquela de As

formações do inconsciente (LACAN, 1957-1958), em que o sintoma constituía uma mensagem a ser decifrada, interpretada.

Segundo Miller (2004a), encontramos em Freud uma dupla vertente, em que a significação é inseparável da satisfação. Há, portanto, fenômenos ou acontecimentos, dotados de sentido, que se oferecem à decifração, e outros que se apresentam, sem sentido, como desprazer, que revelam sua face de satisfação por meio da interpretação.

No estágio do espelho (LACAN, 1954-1955) já encontramos elementos da biologia lacaniana, através da reunião das pulsões de vida, conferida ao imaginário, e a de morte, atribuída ao simbólico.

Trata-se dos primeiros indícios do estruturalismo de Lacan, marcado pela prevalência da significação sobre a satisfação, em que a identificação do sujeito está ligada a sua imagem corporal. Nesse momento do ensino de Lacan (1954-1955) o sujeito seria afetado por dois estatutos do corpo discordantes: o organismo (real) e o corpo (imagem) (MILLER, 2004a). O modelo estruturalista estava fundamentado nesse dualismo, que excluía o gozo do simbólico e, conseqüentemente, da vida biológica.

Em função da dicotomia entre satisfação e significação, Lacan propõe em seu último ensino categorias continuístas entre esses elementos. Miller (2004) localiza três momentos em que há equivalência entre satisfação e significação. São elas: a dos quatro discursos; a de sintoma que reúne sintoma e fantasma; e o conceito de letra, que marca a diferença entre o significante e o objeto.

É a partir da perspectiva da vida como condição de gozo, de corpo e de significante que a biologia lacaniana introduz o sintoma como acontecimento de corpo, sob a forma de significantização e como corporização. Trata-se de uma definição de sintoma que inclui o corpo vivo enquanto afetado pelo gozo. Na corporização, o significante toca o corpo, torna-se corpo, dividindo o gozo, fazendo surgir o mais-de-gozar. Segundo Miller (2004), Lacan toma

emprestado dos estoicos a noção de incorporal para explicitar que o significante e o corpo não pertencem à mesma ordem, que a linguagem é independente do sujeito. É também o lugar onde pode advir um sujeito, dando-lhe corpo (LECOEUR, 2009).

Lecouer (2009) evoca a dimensão do trauma presente no acontecimento de corpo, trata-se dos efeitos de linguagem sobre o corpo. Ele nos esclarece sobre as duas noções do acontecimento de corpo, a significantização e a corporização, propostas por Miller (2004a) ao tratar sobre a biologia lacaniana. A significantização tem origem no corpo ou em seu funcionamento através do simbólico, de um significante particular. Para o autor, esta vertente trata da formação do sintoma histórico, da conversão do corpo para o significante.

O segundo viés do acontecimento de corpo é a corporização que trata do inverso da significantização, ou seja, da introdução de um significante na dimensão do corpo, de sua incorporação. Trata-se da perda da capacidade de significar algo simbolicamente que produz um efeito de gozo. Para Lecouer (2009, p. 108), este é o caso dos *piercings*, escarificações e tatuagens, como modo de aglutinar o significante no corpo, são tentativas de fazer um sintoma atravessado pelo gozo na carne. Para Abelhauser (2009) os acontecimentos de corpo são tudo aquilo que afetam o corpo, como doenças, lesões e dores, sem que o sujeito perceba que tem uma responsabilidade nisso de que ele se queixa e que lhe afeta o corpo.

Essa nova concepção de sintoma como acontecimento de corpo traz a possibilidade de abordar as estruturas clínicas sob outro ponto de vista e, ainda, nos serve como aporte para avançarmos em nossa investigação sobre a dor crônica tanto na neurose quanto na psicose. Nesse sentido, concordamos com Abelhauser (2009) que investigar a função dos eventos corporais de um sujeito seria mais importante que ocupar-se das causas e responsabilização deste na direção do tratamento. Nas palavras do autor:

(...) fonctions du corps, d'une part, et fonctions des événements qui l'affectent, d'une autre part. Ce qui me paraît important, désormais – j'insiste bien -, est de mettre en relief les fonctions que remplit un corps pour le sujet qui tente de l'habiter, et de mettre également en lumière les fonctions que remplit ce qui affecte le corps (et son mode de – fonctionnement habituel) pour le sujet qui le

ressent.(ABELHAUSER, 2009, p. 51)

Na histeria, há uma recusa do corpo, ou uma complacência somática em termos freudianos. Trata-se de uma dupla recusa, “o corpo se recusa a obedecer à alma, ao saber natural, recusa-se a servir à finalidade de sua autoconservação; segundo, que o sujeito deste corpo recusa o corpo do Outro” (MILLER, 2004a, p. 46). Ao recusar o corpo do Outro e seu próprio corpo, o sujeito se embaraça com a relação sexual, com a criança e com a reprodução. O sujeito histérico recusa seu corpo, não querendo saber nada sobre ele.

Segundo Gaspard (2009) o termo recusa inscreve-se em três dimensões: simbólica, em relação ao Outro, imaginária, no que tange a articulação *a-a'*, e real, como gozo. Trata-se de um limite entre o imaginário e o simbólico, onde incide a divisão subjetiva, ou de uma ruptura do real, na qual o sujeito se vê confrontado. Assim, cada manifestação de recusa do corpo, seja ela um ato, uma enunciação ou um acontecimento de corpo, coloca em evidência uma baliza em relação ao apelo do Outro social (GASPARD, 2009).

Para Gaspard (2009, p. 133), a recusa do corpo testemunha uma posição subjetiva, segundo três modalidades: aquilo que o sujeito recusa; aquilo que lhe é recusado; ou aquilo que o sujeito recusa a si mesmo. Trata-se uma tentativa de solução, uma resposta do sujeito frente a situações que colocam em relevo questões concernentes ao seu ser (saber, poder, verdade, sexo) (GASPARD, 2009). Assim, a estrutura do sujeito, o caráter incontornável do acontecimento de corpo, ou a lógica particular, deflagram o tratamento que cada um pode dar ao real.

Nesse sentido, entendemos que os casos de dor crônica, que atinge majoritariamente mulheres, inscrevem-se nessa modalidade de recusa do corpo. A dor não faz enigma para o sujeito, ele recusa-se a querer saber sobre seu corpo, quer apenas livrar-se do incômodo, falando o menos possível. Concordamos com Gaspard (2009), que apesar de alguns pacientes que sofrem de dor crônica evocarem a conversão histérica, não podemos reduzi-la a tal. Nem um fenômeno psicossomático, nem uma doença autoimune, a dor crônica pode ser

considerada como um modo de funcionamento corporal que se opõe ao saber médico-científico sobre o corpo, apesar de muitos pacientes acometidos de síndromes de dor crônica buscarem na medicina alívio para seu sofrimento, seja com diagnóstico que nomeia e localiza sua dor, seja como meio de legitimá-la perante o Outro (BESSET e BRANDÃO, 2012). Em relação ao tratamento pela psicanálise, Besset *et al.* (2010a, p. 41) interrogam-se,

(...) não seria esse o desafio hoje: delinear as incidências subjetivas da dor corporal, respeitando a particularidade de cada caso, dentro da tradição freudiana? Lembrando que, por não se basear em critérios e evidências, a psicanálise busca na fala do sujeito, efetivamente, na enunciação de suas estratégias e seus sintomas, a chave para definir seu diagnóstico.

Na psicose, Lacan (1955-1956) se interessa em investigar como o significante, o símbolo, aparece no real. Trata-se de um deixar cair, de um “intenso dilaceramento subjetivo e corporal” (MILLER, 2004a, p. 57). Castellanos (2009) utiliza o conceito de fenômenos de corpo para designar acontecimentos próprios da psicose que se caracterizam por uma sensação de não estar ocorrendo no corpo do sujeito: perturbações das funções corporais, queimaduras, dores bizarras, entre outras. Esses diversos tipos de fenômenos de corpo correspondem a tentativas do psicótico de se apropriar de seu próprio corpo, a partir de uma noção de unidade corporal.

Nesse contexto, a dor crônica na psicose pode funcionar enquanto solução para constituir um corpo, já que o sujeito se vê despossuído de sua imagem corporal (EBTINGER, 2007). Como nos indica Besset *et al.* (2010a), na psicose, a dor pode funcionar como uma tentativa de estabelecer limites corporais nos casos em que a imagem do corpo não fornece subsídios à crença de tê-lo, tornando-se parceiro do sujeito. Assim, em alguns casos de psicose, a cronicidade da dor “pode evitar uma descompensação ou, do mesmo modo que alguns desdobramentos de dores de cabeça ou vertigens, pode ser um dos sinais clínicos de um desencadeamento psicótico” (BESSET *et al.*, 2010a, p. 14).

Estamos de acordo com a posição de Gaspard (2009, p. 139), de que na fibromialgia, e para nós nos casos de dor crônica, o tratamento da psicanálise pela palavra aposta em uma

outra relação do sujeito com seu corpo, em que ele possa constranger-se com sua escolha de vida e sua posição de gozo, no caso da neurose. Assim, “o analista oferece uma escuta que inclui a dor tanto em sua dimensão de sentido, quanto em seu aspecto fora-de-sentido e que pode sustentar para o sujeito alguma amarração possível dos registros do real, do simbólico e do imaginário (RSI)” (BARRETO e BESSET, 2012, p. 387).

A partir dessa noção de corpo vivo, ficamos com a indicação de Miller (2010/2011) no curso de orientação lacaniana *L'être et l'Un*, em que o gozo feminino seria um acontecimento de corpo, para avançarmos com nossa proposta de tese no próximo capítulo sobre o amor, o feminino e o gozo.

2.7 Os embaraços do corpo no amor e na perda do objeto

O corpo próprio constitui junto com o amor uma das três fontes de sofrimento dos seres humanos, nos indica Freud (1930). A clínica preconiza a dor como evidência de que o sujeito se embaraça com seu corpo. Desde Freud temos a dor do sintoma histérico, a dor da hipocondria, a dor psíquica da melancolia e da perda do objeto, como manifestações de um corpo atormentado pelo psíquico. Mas o corpo é também vivo, pois luta contra a enfermidade orgânica, a fome, a sede, o fim da vida, a falta de alento e o real que insiste em não se deixar metaforizar. O corpo é transformado pelo significante até tornar-se suportável, aceitável para o sujeito (DEWAMBRECHIES-LA SAGNA e DEFFIEUX, 2012, p. 11).

Apresentamos a seguir dois trabalhos, extraídos de uma conversação clínica dirigida por Jacques-Alain Miller (1999), em Bordeaux, em que o corpo aparece embaraçado com as vicissitudes da vida amorosa. O primeiro caso evidencia a melancolia decorrente da perda de um objeto por uma mulher, enquanto o segundo, aportado na literatura, trata da relação amorosa do escritor James Joyce com sua esposa Nora.

Florenzia nasceu na França durante a guerra. Diz não ter lembranças de sua infância, apenas após os 10 anos. Declara que seus pais a atemorizavam e eram muito autoritários. Estavam sempre brigando e Florenzia se sentia invadida pelos problemas do par parental. A mãe, embora mais calma que o pai, muito nervoso, tinha um olhar negativo sobre ela e preferia sua irmã mais nova.

Mais tarde, aparece em análise o significante cólera, extraído do pai, que retorna no real do corpo como nervosismo, excitação e afogamento. Ela se submete a seus pais e repete essa submissão com o marido, colérico, que lhe dá medo, trata mal e abandona. Esforça-se durante sua vida em fazer as coisas bem, sem faltas, inclusive em pagar uma dívida para seu marido. Quando ele deixa-a, surgem fenômenos somáticos que marcam o gozo no corpo. Florenzia posiciona-se como objeto do gozo do Outro, de seus pais, de seu marido, e isso a estabiliza.

Quando tinha 10 anos, um atropelamento, que a deixou engessada até os quadris, marca sua infância. Houve uma grande audiência e seu pai, indicado pelo advogado, lhe fazia repetir o que ela deveria dizer ao juiz. Na hora ela desandou a chorar e não disse uma palavra, sentia uma vergonha imensa. A sentença determinou que a responsabilidade fosse compartilhada.

Esse evento deixa circunscrito em Florenzia a humilhação, a covardia e a renúncia, que deram início a um quadro de melancolia. Sentia a perda de sua palavra, de seu corpo, estava à mercê de um Outro benevolente. Freud (1917) nos indica que nas causas desencadeantes da melancolia estão sempre presente situações que possam introduzir na relação com o objeto uma ambivalência de amor e ódio.

A ambiguidade se manifesta quando o amor pelo objeto não pode ser retirado, mesmo que o objeto em si tenha sido abandonado. A libido investida no objeto se retirou do eu e não pode ser deslocada para um novo objeto, identificando o eu ao objeto perdido. Para Gaglianone (2012, p. 186) “la tortura que se inflige en la melancolía y que, indudablemente, le

procura un goce al sujeto, representa la satisfacción de tendencias sádicas y odiosas que, apuntando a un objeto, sufren de esta manera un retorno sobre la propia persona”.

No caso de Florencia, as palavras depreciativas referidas a ela mesma são na verdade dirigidas ao Outro. O significante colérica aparece como traço de identificação ao objeto perdido, atribuído a princípio ao pai, depois ao marido e logo em seguida a ela própria. Apresenta queixas somáticas de todo tipo, crises de angústia, medo, mãos trêmulas, nervosismo, além de dor crônica espalhada pelo corpo, que vai do pé até as costas e a nuca. Sofreu inúmeras cirurgias, três nos ovários e útero, tireoide, túnel carpiano, pé e costas. Além disso, um ruído no ouvido, que a deixa sem defesa, e uma voz, que imperativamente lhe diz “não creia nisso ou naquilo”, evidenciam alucinações cenestésicas. Seu corpo é uma fonte permanente de sofrimento e algumas das operações são tentativas de subtrair o gozo do corpo, de extrair o objeto *a* (GAGLIANONE, 2012).

Presume-se culpada desde pequena por tudo que sente, por tudo que inventou para si. Trata-se, segundo o analista, de uma responsabilidade delirante que responde ao fora de sentido do corpo. Seu trabalho, cabeleireira, funciona como uma prótese imaginária, no eixo *a-a'* (LACAN, 1954-1955), pois resolve a questão de seu corpo recobrando o cabelo dos outros.

Concordamos com Gaglianone (2012), que este caso de melancolia evidencia fenômenos de corpo que parecem estar associados à falta de defesa do sujeito contra o gozo em consequência do fracasso da metáfora paterna, da falência do significante fálico e da impossibilidade de extração do objeto *a*, que orientaria e ordenaria o gozo no corpo.

Lacan (1955-1956) situa a melancolia no campo das psicoses, como uma dor de existir em estado puro, na qual o real retorna no corpo produzindo um gozo mortífero. Caracteriza-se particularmente pela distinção entre a perda e a falta; o amor em sua vertente oposta ao desejo, fixando o sujeito no lugar de nada comparado ao objeto amado e ao sentimento de

abandono.

A precariedade simbólica de Florencia nos indica a diferença de acontecimentos experimentados no real do corpo na psicose, dos fenômenos histéricos. Para ela, nada está fora do corpo, nem as alucinações cenestésicas, nem outros episódios dolorosos localizados no corpo. Há uma percepção mortificada do corpo próprio, em suas palavras: “sin duda algo en mí está muerto, mi respiración se tampona, mi cuerpo se destiende al punto de sobrepasar los límites de mi pile y es atroz mente doloroso” (GAGLIANONE, 2012, p. 188).

No texto *Del cuerpo y el amor*, Palma (2012) traz a relação amorosa do escritor James Joyce com sua esposa, Nora, como paradigma do corpo e do amor na psicose. A autora interroga-se a partir do que indica Lacan (1975-1976) em seu seminário *O Sinthoma*, sobre a função de Nora para Joyce. Como manter uma relação amorosa com alguém cujo corpo lhe é estranho, alheio? E ainda, como implicar a pulsão nesse amor, já que o corpo próprio não lhe é investido?

Nora foi sua única mulher, amada durante toda sua vida e lhe servia como uma luva. Joyce declara o amor por sua mulher em diversas obras. A autora destaca em seu artigo uma passagem de Joyce em *Irlanda a E. Schimitz* “lo que es seguro es que yo soy más virtuoso que todos, yo que soy realmente monógamo y que no he amado más que una sola vez en la vida” (PALMA, 2012, p. 192).

Mesmo o pai de Joyce adverte a Nora o lugar dela para seu filho, afirmando com veemência que ela nunca seria deixada. Ela era de certa forma reverenciada pelo escritor como uma musa, inspirando-o em diversos personagens, como Molly Bloom em *Ulysses*. Lacan (1975-1976) explicita que, para Joyce, havia uma única mulher, Nora, aquela eleita enquanto tal, e isso talvez o impedisse de reconhecer a esquizofrenia de Lúcia, sua filha.

Para Joyce, o nascimento de cada filho era um drama, chegando mesmo a pedir à mulher que não deixasse que os filhos interviesses na relação do casal. As repetidas

gravidezes de Nora, que tanto lhe incomodavam, funcionavam ao mesmo tempo para reconhecê-la enquanto mulher. Lacan (1975-1976) em seu seminário 23: *o Sinthoma* supõe que, para Joyce, a condição para que haja uma mulher é que ela seja fecunda. A partir dessa indicação, Palma (2012), tece uma correlação entre a posição criadora do artista e uma mulher que dá a luz.

Palma (2012) identifica o querer ser único, como o fazem as mulheres em relação aos homens (LACAN, 1972), como um traço feminino na escrita de Joyce. Para ela, o empuxo à mulher, característico da psicose, manifesta-se em sua escrita como uma forma de reparar a falha imaginária, permitindo um enlaçamento com o social através do que lhe é singular, através de seu *sinthome*.

Segundo a autora, Lacan (1975-1976) assinala dois acessos à psicose de Joyce, pela via do sintoma literário, através da forclusão do sentido em sua escrita, e por outro lado, o abandono do corpo próprio. A relação de Joyce com seu corpo aparece em uma cena da obra *Retrato do artista enquanto jovem*, no qual o personagem Stephen apanha de seus amigos e não sente raiva deles. Este distanciamento do corpo é característico da psicose, cujo narcisismo não investido libidinalmente, não permitiria ao sujeito identificar-se com a imagem de seu corpo e, portanto amá-lo.

A relação de Joyce com seu corpo sinaliza uma falha no enodamento deste com o registro imaginário. Esta fissura é reparada com o ego de Joyce como *sinthome*, nos diz Lacan (1975-1976), graças à função da escrita. Assim, o ego de Joyce, através de sua escrita, produz um sentido que permite articular, enlaçar o imaginário ao simbólico.

A particularidade do enlaçamento de Joyce com seu corpo nos interroga sobre seu relacionamento amoroso com Nora. Como alguém cujo corpo não pode ser investido libidinalmente pode amar? Lacan (1955-1956) nos indica que na psicose trata-se de um amor morto. Em outra passagem “ali onde a fala está ausente, ali se situa o Eros do psicotizado, é

ali que ele encontra seu supremo amor” (LACAN, 1955-1956, p. 297). No caso de Joyce, isso fica evidente nesse excerto de uma carta do escritor irlandês para sua esposa: “Nora escribeme en consideración a mi amor muerto” (PALMA, 2012, p. 195).

Desse modo, notamos que a função do amor para Joyce é Nora, que não lhe serve para nada, mas é necessário que lhe encaixe como uma luva, assinala Lacan (1975-1976). Palma (2012) finaliza seu texto interrogando-se: seria possível a Joyce ter inventado sua escrita como suplência sem o amor de Nora?

Os fragmentos de casos tratados aqui apontam que a relação do sujeito com seu corpo, na neurose e na psicose, reverberam na questão da escolha amorosa tanto para homens quanto para mulheres. Essa indicação nos serve como aporte para avançarmos com nossa proposta de tese de que na devastação feminina, a contingência do amor inscreve-se na ordem da necessidade segundo as categorias modais propostas por Lacan (1972-1973), revelando o sem limites do gozo feminino.

Trata-se do amor na sua vertente real de puro gozo, na qual os efeitos da devastação poderiam aparecer no corpo como dor crônica, impossível de ser simbolizada. No próximo capítulo trataremos das interfaces do feminino com o amor e os excessos do gozo.

CAPÍTULO 3: POSIÇÃO FEMININA: DA SEXUAÇÃO À ESCOLHA AMOROSA

É inútil para uma mulher pôr uma máscara, pois ela permanece sempre mulher, isto é, louca. As mulheres poderiam se irritar comigo por lhe atribuir a loucura, comigo que sou mulher também e a própria loucura? Certamente que não. Obsevando bem é esse dom da loucura que lhes permite serem, sob muitos aspectos, mais felizes que os homens. (ROTTERDAM, 2006, p. 28)

O que quer uma mulher? Eis o título do livro de Serge André (2011) que relança a clássica questão sobre os enigmas do feminino. A psicanálise foi inaugurada por Freud (1895a) a partir da demanda de uma mulher, que ficou conhecida como Anna O., paciente de seu colega Breuer, que desejava falar de suas mazelas livremente. Isso a fazia sentir-se melhor, uma *limpeza de chaminé*, como ela dizia (1895a). Mas se no início de sua clínica Freud (1895a) se interessa pelo feminino, notamos que o autor esbarra no rochedo da castração e não vai mais além do que ele propõe como o *continente negro*.

Até hoje as mulheres são maioria nos consultórios psicanalíticos e nos ambulatórios públicos. Elas trazem queixas, sobretudo, sobre seu corpo, suas angústias e suas relações amorosas. Os relatos de casos nos meios psicanalíticos, assim como estatísticas médicas (CAVALCANTE, SAUER, CHALOT *et al.*, 2006; NOGUEIRA *et al.*, 2008) nos indicam que muitas enfermidades e distúrbios na relação com o corpo atingem, em sua maioria, mulheres. São anorexias, bulimias, obesidades mórbidas, fibromialgias e dores crônicas, entre outros, em que não há um substrato orgânico que justifique o sofrimento (BESSET *et al.*, 2010a).

As querelas amorosas, por sua vez, aparecem quase sempre em algum momento do tratamento, seja em relação ao romance familiar, seja com um parceiro sexual. Elas reclamam de suas insatisfações, de falta de atenção, que foram amadas demais, ou de menos. As mulheres apresentam-se então como objeto privilegiado de estudo para elaborações teórico-

clínicas sobre os mecanismos da psique.

Desde a época de Freud muito se tem publicado na psicanálise sobre elas, em países como a França, Brasil e Argentina. Assim, seria impossível tentar abordar todos os autores que escreveram sobre as mulheres, a particularidade de seu modo de gozo e de amar. Portanto, escolhemos algumas que tomam o feminino como nos indica Lacan (1972-1973), uma a uma, já que elas não fazem conjunto (ELDAR, 2009).

O advento do significante nos indica que o corpo e suas diferenças sexuais não nos ajudam a ter uma representação psíquica sobre o que é um homem e uma mulher (LACAN, 1972-1973). O enigma do feminino impõe-se como questão para ambos os sexos, mas afeta sobretudo aqueles que nasceram com um corpo de mulher. Para algumas, identificar-se com padrões sociais do que seria o feminino basta para habitar um corpo de mulher, para outras, o feminino deve ser inventado. O modo como cada uma toma o feminino é correlativo ao posicionamento diante de um homem. Pensamos com Lacan (1972-1973), que uma mulher é aquela que se coloca como objeto *a*, causa de desejo para um homem, e para estabelecer uma parceria no campo do amor é preciso ter um corpo ao invés de sê-lo.

Para alguns sujeitos na posição feminina, o tornar-se mulher a partir da resposta que cada uma pode dar à castração, à falta fálica, pode deixar marcas que repercutem em suas relações amorosas, seja com um parceiro ou com sua mãe. Freud (1931; 1933) nos indica que a relação de uma mulher com sua mãe pode causar estragos ou uma catástrofe. Lacan (2003) traz o termo devastação para designar o sem limites da posição de gozo feminino, em que o importante é ser amada mesmo enquanto um objeto dejeito, degradado.

No escopo desta tese interessam-nos em particular os casos em que os entraves com o gozo feminino manifestam-se no corpo como uma dor crônica que persiste para além dos tratamentos médicos. Em nosso percurso, consideramos fundamental abordar o tema do feminino a partir do que ficou conhecido no campo freudiano como a segunda clínica de

Lacan, sem descartarmos o primeiro ensino e o retorno à Freud.

Pretendemos, ao logo desse capítulo, desenvolver as principais questões concernentes à posição feminina para a psicanálise a partir do aporte de Lacan e de seus leitores contemporâneos. Isso implica na relação do sujeito feminino com o falo, o gozo e as escolhas amorosas.

3.1 As fórmulas da sexuação e o não-todo

Entre um homem e uma mulher há o *amuro*, um muro entre a linguagem e o objeto *a*, comonos indica Lacan (1972-1973). Por sermos seres falantes, a diferença anatômica não serve para designar psiquicamente o que é um homem e o que é uma mulher. Como afirma Soler (2006, p. 16), “o inconsciente não conhece a biologia”. Cabe, portanto, a cada falasser inventar-se, virar-se com seu sexo, com seu corpo. É nesse sentido que Lacan (1972-1973) concebe as fórmulas da sexuação, para dar conta da dissimetria entre os sexos e da impossibilidade da relação sexual. Freud (1923a) escreve essa diferença a partir da falta fálica e da relação pré-edípica de uma menina com sua mãe, enquanto Lacan (1972-1973) fundamenta-se no gozo: fálico e não-todo fálico.

As fórmulas da sexuação foram propostas por Lacan (1972), inicialmente, em *O Aturdido*, para explicitar o gozo do homem e o gozo da mulher através da lógica matemática. É nesse momento que Lacan (1972-1973) inaugura a lógica do *não-todo* e as máximas *A mulher não existe* e *Não há relação sexual*, que serão trabalhadas a partir das fórmulas da sexuação.

Lacan (1972-1973) utiliza em seu quadro da sexuação os quantificadores propostos por Frege, mas conserva os predicados aristotélicos. A introdução da lógica de Frege na parte superior do quadro tem o intuito de diminuir as ambiguidades da linguagem. O matemático

subverte a lógica Aristotélica clássica incluindo novos elementos: quantificadores existenciais (existe x) e universais (para todo x), que se vinculam a uma função (Fx) (COHEN, 2006).

Aristóteles postula quatro proposições a partir de uma universal e uma particular e suas negativas. A afirmativa universal: todo homem é mortal, e a negativa universal: todo homem não é mortal. E a particular afirmativa: algum homem é mortal, e a negativa: algum homem não é mortal. Na matemática, para que uma lógica seja consistente, sem contradição, ela deve conter uma exceção em relação à qual não se possa decidir se é verdadeiro ou falso. Sobre isso, Lacan (1972, p. 450) afirma: “não há universal que não deva ser contido por uma existência que o negue”. A partir dessa asserção, Lacan (1972-1973) propõe que o universal contenha o particular *ao menos um* e o *não-todo*, em relação à função fálica.

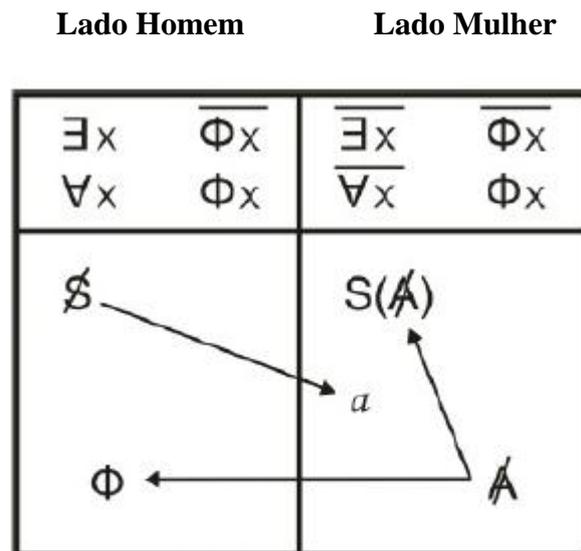


Figura: Recuperado de Lacan (1972-1973/1985, p. 105)

Na parte superior do quadro, do lado homem, temos a universal afirmativa $\forall x \Phi x$ que lemos: todo ser falante cumpre a função fálica. Essa afirmativa é verdadeira, pois se fundamenta na exceção $\exists x \overline{\Phi x}$: existe ao menos um que não cumpre a função fálica. Desse modo, é a exceção que funda o conjunto e que o delimita em relação aos outros elementos. Lacan (2003) nos indica que a parte superior do lado homem representa o Pai da horda de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913-1914), que gozava de todas as mulheres e inscrevia-se enquanto exceção, fazendo com que os filhos se submetessem à castração.

Lacan (1972-1973) utiliza as categorias modais de Aristóteles, necessário, contingente, possível e impossível, em relação à sexuação. Na parte superior do lado homem temos o necessário e o possível. O necessário ($\forall x \Phi x$) é o que não cessa de se escrever, quer dizer que a função fálica sempre se escreve para aqueles que se posicionam desse lado do quadro e que têm seu gozo mediado pelo falo. Enquanto que o possível ($\exists x \overline{\Phi x}$) é o que cessa de se escrever, isto é, existe ao menos um que cessa de se escrever na função fálica.

Lacan (1972-1973) postula que o gozo do homem é masturbatório, contável, limitado, obtido a partir do órgão, do falo. Ele nos indica: “o gozo fálico é o obstáculo pelo qual o homem não chega, eu diria, a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é do gozo do órgão” (LACAN, 1972-1973, p. 15). Um homem só pode gozar do corpo de uma mulher por partes, não como um todo.

Soler (1998) relaciona o gozo fálico ao gozo do Um. Como vimos no segundo capítulo, o gozo do Um está localizado fora do corpo, assim como o gozo fálico. Nas palavras de Solano-Suárez (2009, p. 95): “el goce del lado masculino es del Uno y no del Otro, por esta razón el goce masculino no necessita del dispositivo de la palabra, como en el caso del lado femenino”.

Lacan (1972-1973) fala da mulher como objeto fetiche para um homem, objeto causa de desejo, pois ele goza a partir de seu fantasma $\$ \diamond a$, que está representado na parte de baixo do quadro como $\$ \rightarrow a$. Ele esclarece, “(...) é o homem que aborda a mulher, que crê que a aborda. Só que, o que ele aborda é a causa de seu desejo, que eu designei pelo objeto a . Aí está o ato de amor. O ato de amor é a perversão polimorfa do macho, isto entre os seres falantes” (LACAN, 1972-1973, p. 98).

Do lado mulher, no quadro da sexuação, não há universal nem exceção, pois elas não formam um conjunto e, portanto, não estão submetidas às mesmas leis. Desse modo, *A mulher* também não existe, já que não há universal sobre elas. O lado feminino é marcado pelo *não*

há, A mulher, e não *há ao menos uma* que não seja castrada. Todas estão submetidas à castração representada na lógica modal pela categoria do impossível ($\overline{\exists x \Phi x}$), quer dizer, que não cessa de não se escrever uma exceção. Isso implica em que elas não se escrevem totalmente na função fálica, que a mulher é não toda sujeitada à castração. O não-todo indica que o falo é contingente ($\overline{\forall x \Phi x}$), que ele pode cessar de não se escrever.

As mulheres experimentam um gozo não-todo referido à lógica fálica, um gozo além do falo, um gozo suplementar. O gozo feminino, também chamado de gozo Outro, é impossível de ser escrito em termos significantes (LACAN, 1972, 1972-1973). É por ser não-toda, que a mulher não existe, pois ela constitui-se pela exceção, não fazendo conjunto das mulheres (NAVEAU, 2009). Assim, a mulher só pode ser tomada uma a uma, como nos indica Lacan (1972-1973), e cabe a cada uma inventar-se enquanto única. Bessa (2012) aponta que em relação a esse gozo, a mulher é parceira de sua solidão, pois há algo no seu ser que não é significável.

É nesse sentido que a parceria amorosa constitui uma tentativa de escrever o gozo suplementar na relação com o Outro, na exigência de reconhecimento e de ser única. A solidão aparece porque essa busca sempre fracassa, pois nenhum homem pode dizer sobre esse gozo além do falo. Nas palavras de Lacan (1972, p. 467) “mesmo que se satisfaça a exigência do amor, o gozo que se tem da mulher a divide, fazendo-a parceira de sua solidão, enquanto a união permanece na soleira”.

Naveau (2009) traz um fragmento de caso no qual ser única, não parecer com nenhuma outra, era equivalente a estar só, na fantasia do sujeito. A seguir trazemos o trecho que evidencia essa problemática feminina: “(...) Clara se escucha, como una huella, la marca de un significante que deletrea como un rasgo. Su *estar sola* es lo que representa para otro significante: *ser la única*; es decir, la hija única de sus padres” (NAVEAU, 2009, p.103). Esses significantes, *única* e *só*, marcavam o fracasso das relações amorosas de Clara,

demandando muito dos homens, que acabavam abandonando-a, o que a deixava ainda mais angustiada. O caso de Clara nos indica que “(...) a clínica lacaniana da diferença entre os sexos, que tem sua versão mais acabada no *Seminário XX*, é uma clínica em que homens e mulheres buscam sua posição sexual a partir de uma alteridade que nunca se transforma em complementariedade. Assim, homens e mulheres jamais se complementam sexualmente diante do Outro sexo” (VERAS, 2012, p. 134).

A seguir, evocamos o mito de Tirésias para explicitar a diferença entre os sexos, entre o gozo do homem e o da mulher (LACAN, 1972-1973). Quando jovem, ele passeava pelo monte Citéron e deparou-se com duas serpentes copulando. Tirésias bate nelas até separá-las, transformando-se em seguida em mulher. Após sete anos, passa pelo mesmo lugar e encontra novamente duas cobras copulando e, ao fazer o mesmo, batendo nelas, torna-se homem.

Por ter experimentado no próprio corpo os dois sexos, Tirésias é convocado por Zeus e Hera a dar sua opinião sobre uma querela do casal. Eles querem saber quem goza mais no ato sexual, o homem ou a mulher. Tirésias afirma que a mulher goza nove vezes mais do que o homem. Ao ver desvelado o segredo do feminino, Hera fica colérica e penaliza Tirésias, deixando-o cego. Para consolá-lo, Zeus lhe dá a longevidade e o dom da adivinhação.

Lacan (1972-73) atribui a Tirésias o conhecimento sobre a verdade do gozo feminino, gozo Outro, para além do falo e por isso não-todo significantizável. A partir das indicações de Lacan (1974) em *A Terceira*, podemos aproximar o gozo Outro ao real, por constituir-se pela exceção, pelo não-todo, estar fora da universalidade e da linguagem. Nas palavras de Lacan (1974, p. 17) “(...) o real não é universal, o que quer dizer que ele só é *todo* no sentido estrito de que cada um de seus elementos seja idêntico a si mesmo, mas não podendo se dizer *pántes*, todos. Não há *todos os elementos*, só há conjuntos a determinar em cada caso (...)”. Enquanto que o gozo fálico é atributivo ao imaginário e ao simbólico, está do lado do sentido, da linguagem.

Como vimos, Lacan (1972, 1973-1972) propõe a partilha dos sexos em termos significantes através das fórmulas da sexuação e da bipartição do gozo: fálico e o não-todo fálico, o gozo Outro que representa a alteridade. Embora convencionalmente associemos o gozo fálico ao homem e o gozo Outro à mulher, eles representam uma posição de ser. Desse modo, temos homens e mulheres que se posicionam de um lado ou de outro do quadro, podendo encarnar ser ou ter o falo em termos freudianos.

3.2 Ter ou ser o falo: a mascarada

Todos têm um pênis, eis uma das primeiras afirmativas sobre as teorias sexuais infantis, recolhidas por Freud (1923) tanto para meninos quanto para meninas sobre o universal fálico. Isso fica evidente nos textos, *Sobre as teorias sexuais das crianças* (1908), *A organização genital infantil* (1923), e *As consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos* (1925) em que Freud discorre sobre as investigações sexuais infantis em torno da presença ou ausência do pênis. Ele alega que, a princípio, há um desconhecimento da vagina para ambos os sexos, justificada com a hipótese fantasiosa de que o nascimento se dá pelo ânus e que as meninas possuem um pequeno pênis, o clitóris, que irá crescer mais tarde.

A diferença anatômica entre os sexos traz consequências psíquicas e apresenta o falo como representante da presença ou ausência do pênis. Assim, ter ou não ter o falo define um ser do lado homem ou do lado mulher diante da castração. Para aqueles que o possuem, a iminência de perdê-lo marca o medo de ser castrado, enquanto que aqueles que não o possuem, desejam tê-lo. Para Freud, trata-se, portanto, da ameaça de perda ou da inveja, o *penisneid*, que marca a orientação sexual de um sujeito.

Com Lacan entendemos que não se trata de ter ou não ter o falo, mas da lógica do todo e não-todo em relação ao falo. O autor propõe a junção da sexualidade com a linguagem,

tratando o falo em termos significantes (LACAN, 1958b). O falo representa o advento do desejo, sendo através do Outro que o sujeito tem notícias dele, pois sinaliza o significante do desejo do Outro.

O reconhecimento do falo apresenta para Lacan (1958b) uma função fundamental na dialética da demanda e do desejo na constituição do sujeito. A criança demanda amor à mãe sem saber qual é o seu lugar no desejo do Outro. Se a mãe deseja o falo, a criança quer tê-lo para satisfazê-la (LACAN, 1958b). É preciso que o infante reconheça que a mãe não o tem, para que ele possa localizar-se em relação ao falo.

O significante fálico marca a defasagem entre aquilo que se demanda e o que se deseja, instaurando a falta-a-ser. Lacan (1958b) nos indica que, em função da resposta à falta-a-ser estruturante, o sujeito posiciona-se na relação entre os sexos, em torno de ser ou ter um falo. Assim, a dialética da demanda e do desejo produz consequências diferentes para um homem ou para uma mulher em relação às vicissitudes da vida amorosa.

Do lado do homem, há uma divergência entre o objeto de amor e o de desejo como nos indica Freud (1910b, 1912, 1918b) nos textos sobre a psicologia do amor, em especial o que trata da degradação da vida amorosa. Para Lacan (1958b) um homem pode satisfazer a demanda de amor na relação com uma mulher, pois ela se constitui pelo desejo de ter o falo, dando no amor justamente aquilo que ela não tem: sua falta-a-ser. Em contrapartida, essa falta-a-ser faz surgir ao mesmo tempo seu significante fálico orientado para outra mulher, que pode representar o falo tanto como virgem tanto quanto puta (LACAN 1958b, p. 702).

A lógica atributiva do falo, de ser ou de tê-lo, torna possível a um falasser, seja ele um homem ou uma mulher, posicionar-se na partilha sexual, já que o biológico não serve para emparelhar (MILLER, 2003a). Segundo Freud (1931), o complexo de castração para a menina, o fato de não ter o falo, acarreta em três possíveis desenlaces: a suspensão da vida sexual, a insistência na virilidade e a feminilidade normal. Para o autor, a interrupção da vida

sexual se manifestaria pela homossexualidade ou pela frigidez. E a feminilidade normal seria a maternidade, já que o filho seria um substituto do falo.

Trataremos a seguir da vertente viril, já que as outras consequências freudianas da feminilidade não nos ajudam a avançar na problemática fálica na relação com um homem na parceria amorosa. Uma mulher pode responder a essa falta estrutural fazendo-se de homem, quer dizer, apresentando-se como portadora do falo. Bessa (2012) nos indica que uma solução à falicização do corpo de uma mulher seria a mascarada.

O termo mascarada foi proposto por Joan Rivière (1979) para caracterizar certas mulheres que, ao aspirar à masculinidade, a ter o falo, adotam a máscara da feminilidade para afastar a angústia e evitar a vingança que temem por parte dos homens. A autora diferencia a mascarada de outras mulheres também fálicas, mas que não escondem seu desejo viril (BESSA, 2012). O que ela chama de mascarada são justamente as mulheres que desejam a masculinidade, mas nas quais isso fica velado atrás de semblantes femininos.

Considerando a época em que Joan Rivière (1979) escreve o artigo *La femineidad como máscara*, as mulheres que adotavam uma postura mascarada seriam aquelas bem sucedidas em sua vida profissional e intelectual, além de ótimas esposas. Preocupam-se em cuidar com zelo de sua aparência, vida sexual, afazeres domésticos e da maternidade. A autora discute o caso de uma mulher que, em análise, desvela que a aparente feminilidade que exibia, quase perfeita, não passava de uma máscara. Citamos a autora:

Se trataba de una mujer de nacionalidad americana, profesionalmente dedicada a una carrera de propagandista militante que la obligava en lo esencial a hablar y a escribir. Toda su vida había sufrido de una cierta angustia, a veces muy intensa, que se manifestaba después de cada una de sus apariciones en público, cada vez por ejemplo, que había dado una conferencia. A pesar de su éxito innegable, de sus cualidades intelectuales y sus dones prácticos, de su capacidad de interesar al auditorio y de dirigir un debate, era presa generalmente, en el curso de la noche siguiente, de un estado de exiciación y aprehensión, de un temor de haber cometido un error o una torpeza, y sentía una necesidad obsesiva de que la afirmaram. (RIVIÈRE, 1979, p. 9)

Nessas ocasiões, em que ocupava um lugar de destaque intelectual, essa mulher tentava a todo custo receber elogios desses homens ao término das reuniões. Essa atitude com

relação aos homens tinha a função de conquistá-los ou, simplesmente, seduzi-los. Lacan (1999, p. 265) concorda com Joan Rivière e esclarece que essa mulher, ao dar provas de sua potência fálica, seja nos jogos de sedução, seja se sacrificando em prol da dedicação feminina de “fazer tudo para os outros”, comporta-se como se dissesse: “vejam bem, eu não tenho esse falo, sou mulher, e puramente mulher” (LACAN, 1957-1958, p. 265).

Trata-se, para Lacan (1957-1958), do caso das mulheres que assumem uma posição fálica e mascaram-se com seus atributos femininos com a finalidade de evitar uma possível represália masculina. A mascarada encarna “o modo mais comum de sedução entre os sexos – é oferecer ao desejo do homem o objeto da reivindicação fálica, o objeto não detumescente para sustentar seu desejo, ou seja, é fazer de seus atributos femininos os sinais da onipotência do homem” (LACAN, 1962-1963, p. 190). A mascarada é uma resposta do feminino à falta fálica, ao modo como uma mulher subjetiva essa falta, mascarando-se com o ter ou fazendo “ostentação da falta ou da dor, ou da dor da falta” (SOLER, 1998, p. 216).

Na clínica, vemos o fenômeno da mascarada aparecer nas parcerias amorosas entre um homem e uma mulher sob diversas facetas, dependendo do modo que cada um se posiciona em relação ao falo. Nas palavras de Lacan “dizemos que é para ser o falo, isto é, o significante do desejo do Outro, que a mulher vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeadamente todos os seus atributos na mascarada” (LACAN, 1958b, p. 701).

A mascarada implica em certa dificuldade para algumas mulheres em aceitar a feminilidade, por isso estão constantemente reivindicando ser o falo para um homem, almejando serem ao mesmo tempo amadas e desejadas. Lacan nos adverte que isso se deve ao fato de que uma mulher na posição feminina “encontra o significante de seu próprio desejo, no corpo daquele a quem sua demanda de amor é endereçada. Não convém esquecer que, sem dúvida, o órgão que se reveste dessa função significante adquire um valor de fetiche” (LACAN, 1958b, p. 701).

Sob esse aspecto, concordamos com Bessa (2012) que afirma que ao buscar o significante de seu próprio desejo no corpo do homem a quem demanda amor, é possível que uma mulher encontre a devastação com esse parceiro, já que não é por meio da reivindicação fálica que uma mulher tem indícios de sua feminilidade, mesmo que ela encontre o significante de seu desejo no corpo de seu amado. A posição feminina trata-se em conceder ser um objeto causa de desejo para um homem, o que difere muito da exigência fálica.

Laurent (1999) nos indica que para uma mulher ser objeto causa de desejo para um homem é preciso que ela não acredite nessa identificação imaginária de ser o falo. Em termos simbólicos, trata-se de fazer se Outra para um homem, de representar o Outro sexo, a alteridade. O que difere em muito da posição da mascarada de tentar tamponar a falta por meio de predicados fálicos.

Conforme explicitado na argumentação de nossa tese, a dificuldade em assumir a feminilidade implica em consequências desastrosas para certas mulheres na parceria amorosa. Lacan (1972) utiliza o termo devastação para designar à relação que uma mulher estabelece com um homem de colocar-se como objeto dejeito e não como o de causa de desejo. Para ele, quando uma mulher estabelece uma parceria devastadora na esfera sexual, deve-se investigar a relação dessa mulher com sua mãe. Assim, Lacan (1972) também emprega o vocábulo devastação para caracterizar relações entre mães-filhas marcadas por hostilidade. Em seu testemunho de passe⁸ Holck (2007) nos indica a posição feminina de objeto-dejeito na devastação.

Uma mulher, quando devastada em sua relação com a mãe, elege para amar um homem que cumpre a função na fantasia de tal forma que ela possa ocupar o lugar de objeto masoquista. O amor pode, assim, tomar as formas mais loucas e variadas nessa busca para dar lugar ao real que resta no exercício do gozo fálico. (HOLCK, 2007, p. 37)

⁸ O passe é um dispositivo criado por Lacan, que marca a passagem de analisante à analista. Um analista, ao termo de sua análise, pode se dirigir a uma banca de passadores que irão avaliar se sua análise realmente chegou ao fim. Se a comissão de passe avaliar que o passante testemunhou ter finalizado sua análise, ele é nomeado como Analista da Escola e deve dar testemunho oral e escrito de sua análise durante dois anos em diferentes dispositivos da Escola.

3.3 A relação mãe-filha

“Para ser mãe, não deixo de ser mulher”, eis a frase de Molière tomada por Lacan (1957-1958) para pensar a questão do feminino. A maternidade divide a mulher, pela via do desejo, evidenciando o não-todo da posição feminina. Para ser mãe é preciso que seu desejo esteja não-todo tamponado pela criança. É necessário que algo falte, para que ela possa ocupar o lugar de objeto *a*, causa de desejo na fantasia de um homem. Por isso podemos dizer que uma mãe não diz tudo sobre o que é uma mulher, assim como uma mulher não diz tudo sobre o que é ser mãe. (LACAN, 1972-1973).

No artigo *Sobre a sexualidade feminina*, Freud (1931) discorre sobre a ligação-mãe pré-edípica. Ressaltando que para tornar-se mulher há a exigência da modificação do primeiro objeto de amor – a mãe – para o pai e seus substitutos, além da mudança de zona erógena, do clitóris para a vagina, e as consequências disso extraídas. Nesse percurso, o autor questiona como e porque a menina se desfaz do amor à mãe e elege o pai para este lugar. Neste texto, Freud sublinha a importância da fase pré-edípica, da relação mãe-filha, antes mesmo de entrar no complexo de Édipo. Ele observa que em algumas meninas prolonga-se a ligação da mãe como primeiro objeto de amor até o quinto ano. E também que algumas mulheres permanecem nesta relação originária com a mãe na vida adulta, não chegando nunca a se dirigirem a um homem. A investigação da história pré-edípica revela que a ligação mãe-filha está estreitamente vinculada à etiologia da histeria e da paranoia, pois encontramos o medo de ser morta ou devorada pela mãe (DRUMMOND, 2011). Para Freud, a relação da menina com a mãe é perpassada pela angústia.

Esa angustia corresponda a una hostilidad que en la niña se desarrolla contra la madre a consecuencia de las múltiples limitaciones de la educación y el cuidado del cuerpo, y que el mecanismo de la proyección se ve favorecido por la prematuridad de la organización psíquica. (FREUD, 1931, p. 229)

Freud (1931) aponta que a angústia da menina frente à mãe em algum momento se

converte em uma hostilidade inconsciente da própria mãe direcionada à filha, sem avançar, contudo, nessa questão. Freud (1926) afirma que, embora as mulheres estejam referidas ao complexo de castração, não é evidente uma angústia de castração, por não haver a ameaça da perda de um objeto.

Se a angústia da mulher não faz alusão ao falo, do que se trata? Para Freud (1926) a angústia no feminino estaria vinculada a um estágio anterior ao Édipo, ao desamparo e à ameaça da perda do amor com o qual o sujeito tem uma relação de dependência. No homem, a angústia de castração remete à lógica, de ter ou não ter o falo e sua possibilidade de perder um objeto que tenha este valor (RIBEIRO, 2006).

A fase de ligação exclusiva com a mãe tem um significado muito mais importante para a mulher do que para o homem. Ouvimos na clínica, comumente, o relato da vida amorosa das mulheres que repetem com seus parceiros “su mala relación com la madre” (FREUD, 1931, p. 232). Essas relações são permeadas por rivalidade e hostilidade que outrora se dirigiam à mãe, em um período anterior ao complexo de Édipo. Assim, interessava a Freud investigar os mecanismos que conduzem ao distanciamento do objeto-mãe, amada intensamente e de forma exclusiva pela menina.

Um desses mecanismos se refere à constatação da castração na menina, que, ao verificar a diferença anatômica entre os sexos, atribui à mãe a responsabilidade de ter nascido desaparelhada. Outros dizem respeito à crença de que a mãe a amamentou de maneira insuficiente; que foi forçada a dividir o amor materno com outros (irmãos); que a mãe não cumpriu todas as expectativas de amor; e, por fim, que suscitou o fazer sexual (masturbação) e depois a proibiu (FREUD, 1931). Esses fatores parecem justificar o sentimento ambivalente, amor-ódio da menina com sua mãe. A passagem da natureza terna para a hostil-agressiva parece estar vinculada ao surgimento da angústia.

O complexo de castração na menina é anterior ao de Édipo, e deve-se à constatação da

ausência de pênis em si e ao desejo de tê-lo, inaugurando a inveja do pênis (*Penisneid*). Para Freud (1937), o *penisneid* consistia em um limite na análise dos sujeitos femininos. Esse termo é especialmente relevante para o escopo dessa tese, pois concordamos com Brousse (2003) ao afirmar que o *penisneid* seria uma das modalidades da devastação.

O termo *penisneid*, a inveja do pênis, aparece pela primeira vez em Freud (1908) associado ao sentimento de ciúme vivido por uma menina ao notar o órgão sexual masculino. Mais tarde, Freud (1918, 1920) articula o termo às respostas psíquicas de uma mulher à inveja do pênis e à ligação pré-edípica da menina com a mãe.

Para Drummond (2011), o *penisneid* constitui aquilo que é impossível para uma mulher suportar, pois se trata de uma fixação infantil precoce em que há um gozo implicado, que corresponde à decepção, àquilo que se repete e que está para além do princípio do prazer. É nesse sentido, daquilo que insiste de inapreensível do feminino, que Freud (1925) sinaliza quatro consequências psíquicas do *penisneid* para a sexualidade feminina. A primeira diz respeito à ferida narcísica, que deixa uma marca, uma cicatriz na relação que a mulher tem com a imagem de seu corpo, o que talvez nos indique algo sobre uma maior incidência de anorexias e bulimias nas mulheres. A segunda refere-se ao ciúme que fica como resto da fantasia de espancamento, presente em *Bate-se numa criança* (FREUD, 1919b), que marca a passagem do objeto de amor da mãe para o pai. A terceira consequência seria a catástrofe, na qual a filha culpabiliza a mãe pela falta fálica, acusando-a de gozar disso. Freud (1925) enumera ainda a reação contra a masturbação como uma quarta consequência do *penisneid* que abriria uma via para a sexualidade feminina.

Assim, notamos em Freud (1925) que um dos destinos do *penisneid*, seria a catástrofe, designada posteriormente por Lacan (1972) como devastação, caracterizada pela ambivalência de afetos, amor e ódio, de uma menina com sua mãe. O autor faz a ressalva de que, em certas mulheres, essa ligação com a mãe permanece sem nunca atingir uma mudança

em direção aos homens com quem essas mulheres se relacionam, assim como veremos no item a seguir, sobre a devastação.

Lacan (1957-1958) retoma a questão do *penisneid*, da relação da menina com o falo, a partir de outro viés, que introduz a dialética do desejo. Para ele, não se trata mais da menina esperar mais ou menos da mãe, mas de como ela se situa em relação ao desejo da mãe enquanto Outro primordial. Trata-se, para o sujeito, de saber se foi ou não desejado pela mãe. Sob essa ótica, cabe ao pai um papel fundamental, de terceiro, que vem barrar o desejo da mãe frente a uma possível captura imaginária com a criança. O pai permite que o sujeito possa significar simbolicamente qual seu lugar, qual o seu valor no desejo do Outro.

A partir da dialética do desejo e do *penisneid*, Lacan (1999) inaugura três tempos para o complexo de Édipo: imaginária, real e simbólica. O primeiro momento é aquele da fantasia, em que há uma crença imaginária de que o clitóris seja um pequeno pênis que poderá crescer. Trata-se da castração simbólica de um objeto imaginário.

O segundo tempo refere-se à frustração imaginária de um objeto real, quando o sujeito deseja o pênis do pai. E, por fim, o terceiro, em que o destino do *penisneid* seria desejar ter um filho do pai, ou seja, possuir o pênis de forma simbólica, marcando uma privação real diante de um objeto simbólico (LACAN, 1957-1958). Concordamos com Drummond (2011) segundo o qual os três tempos do *penisneid* exigem que a menina se separe da demanda orientada para a mãe e tome outro rumo. Para tal, é preciso que ela subjetive a castração materna, que a mãe não pode lhe dar o que ela reivindica, pois também está submetida à falta.

Por isso é tão importante que uma mãe não se satisfaça totalmente enquanto mãe, para que algo de sua falta, de sua insatisfação enquanto mulher, possa aparecer e ela se dirija a um homem. Se a menina fica no lugar de tamponar a falta da mãe, ela não se divide pela troca fálica e a criança fica no lugar de objeto fetiche da mãe, que pode preenchê-la, ou pior, ser um objeto dejetado, como ocorre na devastação.

A partir do que foi explicitado podemos inferir que a relação precoce mãe-filha deixa marcas, muitas vezes hostis, que podem culminar no que Freud (1931) nomeou como catástrofe e Lacan (1972) chamou de devastação. A seguir, trazemos dois fragmentos da obra de Marguerite Duras que nos dão indício da devastação entre ela e sua mãe, fazendo valer o que Lacan (1972) nos indicou, que uma filha parece esperar mais substância de sua mãe que de seu pai.

O diretor lhe diz: sua filha, minha senhora, é a primeira em francês. Minha mãe não diz nada, descontente porque não são os filhos os primeiros em francês, a porcaria, minha mãe, meu amor, ela pergunta: e em matemática? Dizem: ainda não é grande coisa, mas chega lá. Minha mãe pergunta: chega lá quando? Respondem: quando ela quiser minha senhora. (DURAS, 2007, p. 21-22)

Ela conhece a filha, essa menina faz algum tempo flutua em torno da menina um ar de estranheza, uma reserva, digamos recente, que chama a atenção, fala ainda mais devagar do que normalmente, e tão curiosa de tudo agora vive distraída, o olhar mudou, tornou-se espectadora da própria mãe, da infelicidade da mãe, como se assistisse à sua existência. O pavor súbito na vida de minha mãe. A filha corre o maior perigo, o de nunca se casar, nunca se estabelecer na sociedade, ficar desarmada diante dela, perdida, solitária. Nas crises minha mãe se atirava sobre mim, tranca-me no quarto, desfere-me socos, bofetadas, tira minha roupa, aproxima-se de mim, cheira meu corpo, minha roupa de baixo, diz que sente o cheiro do homem chinês, vai além, olha se há manchas suspeitas na roupa íntima e grita, a cidade toda pode ouvir, que a filha é uma prostituta, que vai pô-la para fora, que quer vê-la morrer e que ninguém mais vai querê-la, está desonrada, vale menos que uma cadela. E pergunta chorando o que pode fazer a não ser expulsá-la de casa para que não empesteie ainda mais o lugar. (DURAS, 2007, p. 44-45)

As relações devastadoras entre mães e filhas também foram trabalhadas por Lessana (2002) a partir de seis casos da literatura. A primeira é Madame Sévigné, renomada escritora do século XVII, que demonstra através de suas cartas uma exigência de amor sem fim em direção à mãe. Essa relação, marcada por mal entendidos e injúrias, culmina na morte dos filhos, seguida de doenças, o que determinou a separação entre elas.

A segunda é a artista Marlene Dietrich, cuja filha, Maria Riva, fascinada pela imagem fálica e feminina da mãe, dedica toda a vida a servir de sustentação ao sucesso dela. Outro caso mais conhecido é o de Camille Claudel, talentosa artista que, apesar de incentivada pelo pai, via-se hostilizada pela mãe, como revelam suas cartas dirigidas à mãe quando se encontrava internada. A devastação materna se repete na relação com um homem quando ela conhece Rodin, ao qual dedica-se apaixonadamente, sem ser reconhecida pelo escultor,

chegando inclusive os filhos dessa relação a serem tomados por Camille de forma persecutiva.

Lessana (2002) trabalha ainda a questão da devastação e dos efeitos do deslumbramento sobre o corpo em um dos livros de Marguerite Duras, além do caso Aimé, da tese de Lacan. Esse caso ilustra bem a posição que Marguerite Anzieu (Aimé) ocupa para sua mãe, da outra filha que morreu queimada aos cinco anos. Isso marca sua vida, deixando-a sob os cuidados de uma irmã mais velha com a qual ela não tem uma boa relação e que repete o lugar da mãe. Ela se vê livre da irmã quando finalmente se casa e engravida, mas nesse momento é tomada por delírios de perseguição que só pioram com a morte do filho. Marguerite não consegue se desvencilhar do lugar que ocupou no desejo do Outro primordial, de morta para a mãe e, posteriormente, para a irmã.

Por fim, a autora discute o caso das irmãs Papin, que tinham uma relação muito conturbada com a mãe. Após cometer o famoso crime, Christine tem um surto psicótico e reivindica a Léa que esteja constantemente ao seu lado. Léa parece ter uma posição submissa em relação à irmã, não conseguindo se diferenciar dela, misturando-se mutuamente em uma *folie à deux*. Na prisão, Léa consegue se separar da irmã e não apresenta sinais de loucura.

Os exemplos tratados aqui nos indicam que, para algumas mulheres, a relação mãe-filha apresenta-se de forma devastadora. São casos que não obedecem a uma única estrutura, como nos ensina Miller (2003a): não é possível classificar as devastações.

3.4 Devastação: um nome para a dor de amor⁹

A palavra devastação, em francês *ravage*, apresenta a mesma raiz semântica da palavra *ravissement*, deslumbramento, que deriva de *ravir*, deslumbrar, arrebatr, em francês, que é derivado do latim *rapire*, que significa tomar à força, raptar (MILLER, 1998b). Em

⁹ Esse título faz referência ao artigo publicado: DUPIM, G. V. S.; BESSET, V. L. S. L. Devastação: um nome para dor de amor. Opção Lacaniana online nova série, v. 6, p. 1-6, 2011. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/devastacao_um_nome_para_dor_de_amor.pdf

português, a devastação é definida como uma ruína proveniente de uma grande desgraça; tornar deserto; despovoar.

Assim, um homem pode ser tanto o deslumbramento para uma mulher como uma devastação. E ser devastado significa “uma pilhagem que se estende a tudo, que não termina, que não conhece limites, e é em função dessa estrutura que um homem pode ser o parceiro-devastação de uma mulher, para o melhor e para o pior” (MILLER, 1998b, p. 115). A devastação está situada do lado direito das fórmulas da sexuação e dá provas de que uma mulher pode prescindir da relação com a castração, com a falta (SORIA DAFUNCHIO, 2013). Por isso, há uma demanda de amor ilimitada, que retorna para o falasser feminino, deixando de lado o desejo, pois o sujeito nada quer saber sobre sua falta. Instaurando o amor na ordem da necessidade, de puro gozo, daquilo que não cessa de se escrever.

Lacan (1972; 1975-1976) faz alusão ao termo devastação em dois momentos distintos, quando se refere à ligação mãe-filha, em *O Aturdido*, e já no final de seu ensino, ligando-o à relação entre um homem e uma mulher. Nessa passagem do seminário 23, Lacan (1975-1976) articula o *sinthoma* à não equivalência entre os sexos, e é justamente por essa diferença que há relação, enquanto que a não relação se estrutura a partir de uma suposta equivalência entre os sexos. Para haver relação é preciso que haja o *sinthoma* para suportar o Outro sexo, que marca a alteridade.

Partindo dessa premissa, uma mulher constitui um *sinthoma* para todo homem, pois não há equivalência. É nesse sentido que Lacan (1971) dizia que uma mulher representa para um homem a hora da verdade e, quando ele encontra uma mulher, tem de ir mais além do semblante. Ao passo que para o Outro sexo, “pode-se dizer que o homem é para uma mulher tudo o que quiserem, a saber, uma aflição pior que um *sinthoma*”. E acrescenta: “trata-se mesmo de uma devastação” (LACAN, 1975-1976, p. 98).

A devastação revela a outra face do amor, sua face de gozo infinito, daquilo que não é

possível de se dizer, de ser simbolizado. É a posição de gozo de um sujeito, ou falasser, se consideramos o último ensino de Lacan, que define o parceiro como um *sinthoma* ou como uma devastação (BLANCARD, 2013). Nas palavras de Lessana (2000):

Il arrive que la relation d'une femme et d'un homme, surtout lorsqu'elle est conjugale, soit ravageante, que a s'y éprouve un cercle infernal, violent, dévastateur où les preuves d'amour se renversent en imputations de rejet, que la relation s'empoisonne dans les reproches et accusations sans issue, selon des termes équivalents au rapport mère-fille. Il est juste de dire que se poursuit, ou se joue, avec le mari le ravage avec la mère. (LESSANA, 2000, p. 15)

Concordamos com Blancard (2013) e Brousse (2004a) que a devastação pode se manifestar tanto na relação com um parceiro, quanto na afinidade do sujeito com seu próprio corpo. Trata-se da recusa do corpo, que aparece sob duas modalidades que são ao mesmo tempo opostas e complementares, afirmam as autoras. De um lado há uma reivindicação fálica feroz e de outro seu corpo se esvai, se ausenta, experimentado por um gozo Outro, sem limites, que não pode ser localizado.

Há, portanto, uma vertente de exigência fálica, ligada ao desejo da mãe, e outra não-toda fálica, que se vincula ao arrebatamento do corpo. O não-todo tem relação com o ilimitado, de um gozo mortífero, sem freios. E é nisso que consiste a dificuldade de se simbolizar o gozo feminino (BROUSSE, 2004a; BLANCARD, 2013).

Alguns testemunhos de passe nos indicam a posição feminina de objeto-dejeto na devastação. Holck (2008) nos fala sobre esse lugar, que ela encarnava inicialmente nas parcerias amorosas, sem muito saber o porquê, em sua primeira análise:

Na primeira etapa da análise, era a biografia, vida descritiva, uma narrativa repetitiva e interminável na qual encenava minha posição de objeto sem sabê-lo. Objeto de gozo, vítima, forçada por um Outro cheio de vontade e saber, adorando-o e adorando me submeter a seu gosto; dava consistência ao Outro. Ou exilada do mundo, parceira da solidão caída em um abismo infinito, identificada ao vazio do objeto, desejo de morte. (HOLCK, 2008, p. 88)

Na clínica, Soler (2006) nos indica que a devastação aparece sob os mais variados efeitos subjetivos, desde uma completa desorientação a uma angústia avassaladora. Além de manifestações corporais, como a recusa ao corpo, como vemos na frigidez, ou no caso de nossa proposta de tese, como uma dor crônica impossível de ser simbolizada (BESSET *et al.*,

2010a).

O sem limites do gozo feminino nos remete uma tragédia Medeia, escrita por Eurípides (2013). O prólogo inicia-se com o relato da ama que cuidava dos filhos de Medeia, em que ela conta que sua senhora, depois de abandonada e traída pelo marido, a quem amava e por quem se sacrificava, planejou uma terrível vingança. A peça se passa em Corinto, onde se refugiaram Medeia e Jasão, após terem fugido da Cólquida. O trono de Iolco foi roubado pelo tio de Jasão enquanto este estava sendo criado longe de sua cidade natal. O tio o enviou a uma busca impossível, recuperar uma pele de carneiro de ouro, conhecida como o tosão de ouro, que pertencia a sua família e havia sido roubada. Em troca, o tio lhe devolveria o trono.

À procura do tosão de ouro, Jasão conhece Medeia na Cólquida, e com ela acaba se casando. Medeia convence seu pai a dar o objeto precioso a Jasão, sob a condição de que ele realizasse feitos heroicos. Em nome do amor, Medeia, foge com Jasão e mata seu irmão no caminho, para que seu pai se ocupasse dos restos mortais do filho e de sua sepultura, e assim não os alcançasse. Mais tarde, Medeia irá cometer outros crimes, tomada por essa paixão excessiva.

Medeia consentia em tudo que Jasão queria, era ótima esposa e mãe. Em um dado momento, Jasão lhe anuncia que iria casar-se com outra mulher, a filha de Creonte. Medeia fica desconsolada, lançada em um vazio e tristeza absolutos, nem a companhia dos filhos lhe dava alegria. Jasão tenta dar-lhe explicações, assegurando que iria ocupar-se dos encargos com os filhos. Ela rechaça os bens, pois a única coisa que queria era ter Jasão, seu homem, que dava consistência ao seu ser de mulher. Podemos supor que, para Medeia, ser a mulher de um homem e ser amada por ele lhe dava um lugar.

O amor que sentia, convertera-se em ódio. Trama, então, uma vingança em que ela acabaria com o que era mais valioso para Jasão: sua noiva e seus próprios filhos. Os versos a seguir nos dão mostras da ira de Medeia, ela diz:

Ai! Ai!
 Sofri, desgraçada, sofri males muito para lamentar.
 Ó filhos malditos de mãe odiosa,
 perecei com vosso pai, e a casa
 caía toda em ruínas. (EURÍPEDES, 2013, p. 9)

Lacan (1972-1973) refere-se a Medeia como a verdadeira mulher, pois seu ser de mulher supera a maternidade. O autor traz o verso de Eurípedes abaixo citado no início do texto *Juventude de Gide ou a letra e o desejo*:

O mais das vezes a mulher é temerosa covarde para a luta e fraca para as armas; se todavia, vê lesados os direitos do leito conjugal, ela se torna, então, de todas as criaturas a mais sanguinária! (EURÍPEDES, *apud* LACAN, 1958d, p. 749)

Miller (1994) também comenta a vingança de Medeia após ter sido abandonada por Jasão como o mais radical de uma mulher, que estaria mais além do que é ser mãe. Na falta de significantes para elaborar a perda amorosa, ela parte em ato e mata seus filhos, determinada em causar em Jasão um vazio impossível de ser aplacado, semelhante ao que ela sentia.

O mais surpreendente na tragédia é que, antes de ser deixada, Medeia ama seus filhos e comporta-se como uma excelente mãe. Quando ela se vê sem seu amor, torna-se Outra para si mesma, ultrapassa seus limites, revelando a face mais hostil do amor, o gozo feminino. Miller (1994) nos indica que ela atua com o menos, com a falta, e não com o mais-de-gozar, próprio ao gozo feminino. Para Laurent (1999, p. 94), o amor feminino vela um modo de gozo erotomaníaco, “destruir o mais querido é uma das consequências da forma erotomaníaca”.

Assim,

(...) todo parceiro sexual pode se tornar devastador para uma mulher se ele não chega ou deixa de ocupar um lugar no discurso que toca o gozo específico da mulher, o gozo para além do falo, isto é, se ele não ocupa um lugar em sua fantasia para que ela possa encontrar um limite para esse gozo. Basta observar o estado no qual ela se encontra aspirada pela pulsão de morte quando os signos do amor e do desejo se afastam dela. (ZALCBERG, 2007, p. 142)

Como vimos na tragédia de Medeia, a perda do amor pode trazer consequências drásticas para um falasser feminino, desde uma errância, uma despersonalização, até tentativas de extermínio de si ou de outros, dependendo da estrutura. Na devastação, o ser feminino encontra dificuldades nas relações de troca, “em colocar o corpo na troca amorosa,

no relacionamento sexual e na maternidade” (DRUMMOND, 2011, p. 9).

A seguir discutiremos um caso em que a devastação aparece na relação do sujeito com a maternidade (RABANEL, 2009). Uma moça chega ao tratamento dizendo que havia acontecido com ela algo que não sobrevém a todo mundo. Ela havia dado à luz há duas semanas, mas apenas soube que estava grávida uma hora antes do parto. Seu mundo caiu, ela não queria a criança, estava perplexa com o que havia ocorrido, e pediu ao pai do bebê que a ajudasse com o filho, que lhe desse amor e dinheiro. Ele a acusou de ter engravidado propositalmente e disse que não assumiria a criança.

A jovem dizia estar sofrendo bastante, que havia sido um acidente da vida, que estava chocada. Ao que o analista retruca: chocada? A partir dessa pergunta ela conta que estava apaixonada há quatro anos e meio por um rapaz que brincava com seus sentimentos. Com ele viveu o inferno, ele a humilhava, enganava, fazia de tudo, dizia ela. Ela ficou deprimida e chegou até a arrancar maços de cabelo. Fez um tratamento médico por nove meses, o que a ajudou a sair desse estado.

Quando estava melhor, percebeu que essa relação lhe fez muito mal e disse a si mesma: *eu não terei um filho*. O enunciado, *não terei um filho*, após ter vivido uma relação devastadora com o pai da criança, trouxe como marca a recusa do próprio corpo e da maternidade. Ela negou as transformações de seu corpo durante a gravidez e o filho que estava dentro deste corpo, que ela não desejava. A partir das lições de Miller (2010-2011), Caldas (2012, p. 268) nos indica que: “as ficções/modificações sobre o corpo podem variar, mas Um significante primeiro existe e persiste como cicatriz correlata à experiência de gozo fundadora do corpo”.

Se, como nos ensina Lacan (1973, 1972), as mulheres são loucas, mas não de todo, há algo do feminino que aponta para a loucura, já que o gozo Outro se caracteriza pela falta de localização e limites. Nesse sentido, trabalhamos com a hipótese de que, para algumas

mulheres, a dor crônica seria uma tentativa de circunscrever os excessos do gozo feminino no corpo. A particularidade do gozo feminino está presente também, como veremos, na vertente erotomaníaca do amor e na experiência de júbilo dos místicos (MILLER, 2003a).

3.5 Erotomania e mística: um amor fora dos limites

Denn wo die Lieb' erwachet, stirbt das Ich, der finstre
Despot. (FREUD, 1911, p. 61)¹⁰

A partir da sexuação, Lacan (1972-1973) divide os falasseres entre aqueles que têm um gozo fálico, gozo do Um, e aqueles que têm um o gozo não-todo fálico, gozo Outro S (A). Essas formas de gozar são correlativas a duas formas de amar distintas. Isso indica que cada sexo vai procurar no Outro o que determina sua escolha de objeto amoroso (MILLER, 2003a). O feminino aproxima a mulher da loucura por corresponder a uma forma de amar erotomaníaca, enquanto para o homem a escolha amorosa é fetichista, pois se dirige a um objeto *a*, causa de desejo.

O objeto fetiche localiza-se do lado esquerdo do quadro da sexuação, e por constituir um elemento, reconhece-se como Um em relação ao parceiro, quer dizer que não é Outro. Lacan (1972-1973) anuncia que o objeto fetiche não fala, é inerte, ao mesmo tempo objetivado e objetificado, por isso seu modo de gozo não inclui a fala, é silencioso. O homem fala apenas porque do lado feminino há a exigência do objeto erotomaníaco, a mulher.

O objeto erotomaníaco, presente do lado esquerdo do quadro, adquire por sua vez, a forma de Outro barrado, S (A), que não é Um e que fala. Trata-se de um gozo não todo limitado pelo órgão fálico, suplementar, um gozo da fala (MILLER, 2003a). Por isso Lacan (1985) introduz a carta de amor, pois há uma queixa de que o objeto seja um Outro que

¹⁰ “Pois quando as chamadas do amor se alçam, então e o Eu, o sombrio tirano morre (FREUD, 1911, p. 61)”. Freud extrai esse verso do livro *Dos Gazais de Muhammad ibn Muhammad* (Jalal al-Din) Rumi, traduzidos por Rückert.

profira seu amor em palavras. A diferença fundamental entre o objeto fetiche e o erotomaniaco é que a escolha objetal do homem é fundamentada no gozo e na mulher, o gozo é tecido no amor.

O gozo da mulher, localizado do lado direito das fórmulas da sexuação, é não-todo fálico, pois apresenta uma vertente Outra, que não tem medida, ao mesmo tempo em que está orientada pelo falo. Isso faz com que as mulheres sejam não-todas loucas. Na psicose, há loucura, pois não há referência fálica, trata-se da forclusão do falo, da castração. Só há esse gozo Outro, por isso o empuxo-à-mulher ser característico das psicoses.

A erotomania na psicose nos remete à personagem Angélique, representada pela famosa atriz francesa Audrey Tautou no filme *Bem-me-quer, Mal-me-quer*. O título original, *À la folie... pas du tout* é mais fidedigno ao enredo do filme, que aborda a loucura do amor feminino na paranoia. No entanto, o diretor não deixa isso claro a princípio, parecendo, muitas vezes, tratarem-se de meros desencontros amorosos entre os dois protagonistas, Angélique e Loïc.

Angélique é uma artista plástica que desenvolve uma paixão desmedida pelo vizinho Loïc, que é casado e médico cardiologista. Apesar de tudo o que seus amigos lhe dizem e de diversos acontecimentos que provam o contrário, Angélique persiste na ideia de que Loïc também a ama. Essa certeza é fundamentada por pequenos gestos de favor, como uma carona ou um aperto de mãos, que para ela são sinais de que seu amor é correspondido.

A erotomania foi abordada por Freud (1911) ao investigar a particularidade do amor na psicose, no caso Schreber. O autor considera que na erotomania a certeza de ser amado decorre de uma projeção de uma percepção interna para o exterior. Assim, temos como fundamento do delírio de ser amado os seguintes enunciados que aparecem na forma negativa: “yo no la amo – yo la amo – porque ella me ama” (FREUD, 1911, p. 59). Assim, pela negação de que inicialmente aquele que ama se dirigiu ao outro (eu não a amo), há a certeza

de que foi o outro que o amou primeiro, enquanto aquele que declara seu amor fica no lugar de objeto (eu a amo porque ela me ama).

O delírio amoroso começa por um signo que parte do outro, assim, muitas vezes, uma coincidência torna-se uma evidência. Há uma certeza de ser amado por alguém, sempre inacessível e com quem, em geral, o sujeito não tem nenhuma relação concreta, mas se faz objeto de um outro imaginário. Na erotomania, há um transbordamento do imaginário pelo real, levando o sujeito a interpretações delirantes e a atos impulsivos (HACCOUN, 2011).

Lacan (1958c) concebe que o amor na psicose só é possível por ser um amor morto. Esse caráter mortífero do amor está ligado ao fato do psicótico amar somente a si mesmo, ou amar seu ideal do eu pelo qual projeta na realidade, ou seja, no parceiro. O ideal do eu do psicótico não passa pelo inconsciente nem pelo Outro barrado, ele não simboliza a falta, condição necessária para amar (MILLER, 2003b). O amor na psicose nos ensina sobre o amor em geral, pois amar é, antes de tudo, querer ser amado, para isso cada um renuncia a um pouco de sua subjetividade, para fazer-se de objeto para o outro do amor. Por isso, não há muita diferença entre amor e erotomania (MILLER, 2003c).

Freud (1911) trata também os delírios de ciúme nas mulheres de forma análoga à erotomania na psicose, como uma projeção para o exterior, de uma percepção interna, inconsciente, que o sujeito não pode suportar. O autor considera que a mulher sente, então, ciúme de todas as mulheres pelas quais ela mesma, e não o marido, se sente atraída por conta de seu homossexualismo e narcisismo excessivos: “no yo amo a las mujeres – sino que él las ama” (FREUD, 1911, p. 60).

Clérambault (2002) estabelece uma diferença entre a erotomania, que ele chama normal, que entendemos como a vertente de amor do feminino, e uma delirante, própria das psicoses.

(...) nenhum apaixonado normal e feliz esconde em si nosso postulado, quer dizer não acredita ser amado mais do que ele ama, não pretende conhecer o verdadeiro pensamento do Objeto melhor que o próprio Objeto; nenhum dirá que a conduta do

Objeto em direção a ele é inteiramente paradoxal, nem que toda uma multidão se interessa pelo seu romance. Ele não negará que o Objeto seja casado. Todos os seus esforços, se há um esforço, partem da ideia que ele poderá e pode se fazer amar, dado exatamente inverso do postulado. (CLÉRAMBAULT, 2002, p. 78)

A erotomania não é, portanto, exclusiva da psicose, trata-se também da forma de amar feminina que indica um mais além de gozo. Os místicos dizem experimentar esse gozo também, chamado por Lacan (1972-1973) de suplementar, e não complementar, mais além do falo. Para eles, a felicidade é alcançada pela renúncia ao gozo fálico em nome de uma experiência de gozo real, sem as amarras do simbólico e do imaginário. Isso fica evidente nas palavras de Lacan (1972-1973, p. 111): “é na medida em que seu gozo é radicalmente Outro que a mulher tem mais relação com Deus...”.

Lacan (1972-1973) relaciona o gozo Outro ao êxtase místico através de três experiências, o da beata Hadewijch d’Anvers, o de Santa Tereza d’Ávila¹¹ e o de São João da Cruz. A experiência mística não é exclusiva das mulheres, pois se trata de uma posição de gozo, localizada no lado não-todo da tábula da sexuação, e portanto há homens que se situam nesse lugar. Nas palavras de Lacan (1972-1973, p. 103) “esse gozo que se experimenta e do qual não se sabe nada, não é ele o que nos coloca na via da existência? E por que não interpretar uma face do outro, a face de Deus, como suportada pelo gozo feminino?”.

Tereza d’Ávila descreve em seus escritos sensações intensas de ser transportada, perdida, aprisionada por um rapto, que dão testemunho de um mais além, de um gozo Outro. Para Lacan (1972-1973) os místicos falam da renúncia ao gozo fálico, significantizável, contável, dos prazeres mundanos em nome de uma experiência de gozo transcendente. Transcrevemos abaixo um poema de Tereza d’Ávila que atesta esse estado de júbilo.

Ó vida, que posso eu dar
A meu Deus, que vive em mim,
A não ser perder-te, a fim
De o poder melhor gozar?
Morrendo o quero alcançar,
E não tenho outro querer;

¹¹ A foto da escultura de Bernini, “O êxtase de Santa Tereza d’Ávila” aparece estampado na capa do seminário 20 de Lacan. Santa Tereza d’Ávila foi considerada uma grande mística e escreveu livros como *O caminho da perfeição* e *Castelo interior*, em que ela narra essas experiências com Deus.

Que morro de não morrer. (ALVAREZ, 1995, P. 959)

Questionamo-nos se o fenômeno místico tratar-se ia de um gozo mais além ou de um amor sem limites a Deus. Para Lacan (1972-1973), o amor faz suplência ao impossível da relação sexual, pois inclui a falta, a castração. No amor oferece-se ao parceiro com aquilo que não se tem, sua própria falta. É por isso que Lacan (1972-1973) afirma que só o amor permite ao gozo condescender ao desejo, pois coloca uma barra no gozo mortífero da pulsão. Ao instaurar a falta, abre-se uma via para o desejo.

Nesse sentido, o gozo feminino, assim como o místico, incluem a castração, a falta, posto que há uma necessidade de amor. No entanto, notamos uma diferença entre a forma de amar própria ao feminino e a dos místicos. Como veremos adiante, concordamos com Freud (1914), segundo o qual para as mulheres a necessidade de ser amada é mais importante que a de amar, enquanto os místicos revelam o oposto. Eles expressam que amar é algo incondicional. A seguir trataremos da lógica da vida amorosa para cada um dos sexos.

3.6 Lógicas da vida amorosa¹²

Je vous souhaite d'être follement aimée. (LE BRETON, 1937, p. 176)

Para Lacan (1992), amar é dar o que não se tem. As mulheres nos ensinam sobre essa questão, demandando retoricamente a seus parceiros que profiram seu amor em palavras. A literatura e a clínica nos fornecem uma ampla quantidade de exemplos do modo de amar feminino. Se amar é dar o que não se tem, se é dar sua falta, como podemos pensar um amor como o de certas as mulheres em que se dá tudo o que se tem?

Como vimos, a esse tipo de amor cuja insistência da demanda tende ao infinito em

¹² Esse título faz alusão aos Seminários proferidos por Miller em 1988-1989 na Argentina “Lógicas de la vida amorosa”.

algumas mulheres, Lacan (1973) nomeou devastação. Trata-se de um tipo particular de parceria amorosa que uma mulher estabelece com um homem na qual o importante é ser amada, mesmo que como objeto-dejeto. A partir dessa indicação, talvez não seja precisamente de amar demais que se queixam certas mulheres, como aquelas do grupo MADA¹³, e de não serem correspondidas, mas de não serem atendidas em sua demanda de amor infinita. Parece-nos que para essas mulheres, o amor insere-se na ordem da necessidade, de um gozo mortífero, não cessando de se escrever, em uma persistência sem limites. Para amar, é preciso aceitar o contingente, aquilo que cessa de não se escrever, tornando possível o encontro entre um homem e uma mulher (LACAN, 1985).

Para avançarmos na problemática sobre a particularidade do modo de amar e gozar feminino, nos aportaremos nos seminários proferidos por Miller (1988, 1989) na Argentina, intitulados, respectivamente, *Lógicas de la vida amorosa* e *Una charla sobre el amor*. Neles, Miller (1988, 1989) retorna os textos freudianos conhecidos como *Contribuciones a la psicología del amor*, procurando as articulações possíveis entre amor e gozo.

Para Miller (1989), os três textos freudianos, *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre* (FREUD, 1910b), *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa* (FREUD, 1912), e *El tabu de la virginidad* (FREUD, 1918b), versam sobre como se relacionam homens e mulheres e sobre como escolhem uns aos outros na relação amorosa ou erótica. Para ele, a articulação entre amor e gozo fica evidente quando Freud introduz o termo *Liebeslebens*, na qual *liebe* significa amor e *lebens* vida.

Para Miller (1988), Freud inventou um novo Outro do amor, enquanto Lacan um novo gozo produzido pelo analisante no tratamento analítico. O analista ocupa o lugar de objeto *a*, que provoca a divisão do sujeito \$, que é sustentado por esse novo amor, o amor de

¹³ MADA: Mulheres que Amam Demais Anônimas. O grupo MADA define-se como um programa de recuperação para mulheres que têm como objetivo primordial se recuperar da dependência de relacionamentos destrutivos, aprendendo a se relacionar de forma saudável consigo mesmas e com os outros. Para maiores informações acesse: <http://www.grupomada.com.br>.

transferência. Isso nos indica que o amor mantém relação com a , que tem a função de velar o estatuto do desejo do objeto (MILLER, 1988). Ele acrescenta que isso permite ver que o amor é um engano, já que esconde o objeto a como dejetivo.

Segundo Miller (1988), Lacan escreve a fórmula desse véu da seguinte forma:

$\underline{i(a)}$

a (mais-de-gozar)

A parte de cima corresponde à escolha de objeto de amor em Freud, a partir de outro ser humano semelhante, escrito como $i(a)$. Quando há preferência por um objeto material, nos diz Miller (1988), o que temos é um tipo fetichista, causa de desejo ou de gozo, e não de amor. Para que haja amor é necessário que a função a seja velada pela imagem $i(a)$ de outro ser humano, de outro sexo, inscrevendo a diferença sexual.

Miller (1988) afirma que Freud emprega a palavra amor para designar uma possibilidade de substituição do objeto amoroso, ao mesmo tempo em que aponta algo diferente do amor, em que o objeto não pode ser substituído. No entanto, ele mesmo nos indica que, quando não se pode substituir um objeto, trata-se de um objeto de gozo e não de amor.

No primeiro texto das *Contribuições à psicologia do amor* Freud (1910b, 1912, 1918b) aborda a questão de um tipo particular de escolha de objeto no homem, de objetos que são substituíveis. Trata-se de um tipo específico de objeto e não da condição de preferência de todos. O segundo texto trata da tendência à degradação da vida amorosa de forma universal. Miller (1988) percebe em Freud elementos da lógica tratada por Lacan (1972-1973), já que ele vai do particular ao universal, e da interseção/disjunção, entre o objeto de amor e o de desejo, a mãe e a puta, respectivamente.

O primeiro texto trata da interseção ou conjunção entre a mãe e a puta, pois os dois termos são equivalentes. Enquanto que no segundo texto há uma disjunção entre mãe e puta,

quer dizer que há uma escolha de objeto divergente, ora por aquela que representa a mãe ora por aquela que representa a puta. Miller (1988) nos esclarece que o tema central desses textos refere-se à escolha de objeto feminino pelo viés masculino, quer dizer, trata-se da questão: como gozar de uma mulher?

Lacan (1972-1973) afirma que *A mulher não existe*, pois como nos indicam esses textos de Freud (1910b, 1912, 1918b) o feminino é cindido, não há unidade. A mulher é Outra para si mesma, e em Freud podemos ver esse caráter Outro do feminino representado nos dois termos, mãe e puta. O que produz um impasse nas relações amorosas, já que a escolha de objeto seria condicionada apenas pela conjunção ou pela disjunção entre mãe e puta. Como há a proibição do incesto, o sujeito se vê obrigado a escolher a Outra mulher que não lhe dá satisfação, já que a mãe seria lhe interdita. É por isso que Lacan (1972-1973) assegura que *a relação sexual não existe*, pois não é possível um parceiro que satisfaça inteiramente à pulsão, somente parcialmente.

Miller (1989) considera que quando Freud elege as condições de amor (*Liebe*), trata-se na realidade das condições de gozo que determinam a escolha de objeto de amor. Esse autor postula que a condição de amor (*Liebesbedingung*) poderia ser assim escrita: gozo abaixo do desejo e o amor como a articulação possível entre desejo e gozo (MILLER, 1988, p. 240).



O autor traduz esse esquema com as seguintes interrogações a respeito da condição de amor freudiana: como o gozo em termos lacanianos, parcial e autoerótico, poderia se transformar em aloerótico, quer dizer, se endereçar ao Outro? E ainda, como se passa do gozo ao desejo do Outro?

Para avançarmos nessas questões, seguiremos a orientação de Miller (2009), verificar

o que condiciona a escolha amorosa em Freud. Se tomarmos como exemplo o *Homem dos Lobos* (1918a), verificamos que essa condição é contingente e que parte de uma imagem. Ele observa uma mulher agachada limpando o chão que produz nele uma excitação sexual automática. Essa imagem determina a escolha daquele objeto como objeto de amor, pois surge em seguida, automaticamente, uma compulsão que conduz à repetição.

Miller (1988) nos indica que, em Freud, tal qual na lógica da vida amorosa, a contingência do encontro remete à cena primária, a mãe como objeto de amor que é interditado ao sujeito. Para Lacan (1959-1960), a mãe seria esse gozo primevo (*das Ding*), e por isso todos os outros objetos seriam substitutos deste original, introduzindo o sujeito na metonímia do desejo.

A questão da escolha e da substituição do objeto para a mulher é introduzida no terceiro texto, que discute o tabu da virgindade. O homem que irá desvirginar a mulher funciona como um substituto primeiro do pai. Como na lógica da sexuação do lado homem, ele encarna o ao *menos-um*, que marca a exceção, do pai da horda que gozava de todas as mulheres, que funda a partir de seu ato primevo a proibição do incesto (LACAN, 1972-1973).

Assim, para Freud (1910b, 1912, 1918b), o objeto que poderia satisfazer a pulsão, o genuíno, tanto para os homens quanto para as mulheres, está sempre perdido. Em Lacan (1956-1957, 1957-1958), isso se traduziria pela interdição do gozo e pela assunção do desejo do Outro através da metáfora paterna. Isso consistiria na lógica do vínculo do gozo com o Outro do amor, já que em relação ao gozo não há Outro, apenas *das Ding* (MILLER, 1988). Para articular o gozo com o Outro do significante, do amor, Lacan (1972-1973) traz as cartas de amor, que são escritas na ausência do objeto.

A questão da escolha do objeto em Freud só é legítima porque não há relação sexual (LACAN, 1972-1973). Quer dizer que homens e mulheres não se reconhecem a partir do biológico, do sexo, como é o caso dos animais. Para que um homem ou uma mulher se

orientem a um objeto de outro sexo que lhes seja conveniente, é preciso que haja outros signos específicos que determinem a escolha.

Freud (1910b, 1912, 1918b) condiciona como um signo específico para escolha de um objeto feminino, o pertencimento dela a outro homem. Miller (1988) esclarece que desejar a mulher do Outro confere valor a esse objeto, tornando-o agalmático. E que isso introduziria a referência em relação ao Outro, ao amor, entre o homem e a mulher. Assim, para amar uma mulher é necessário que ela não seja toda do sujeito, é preciso que ela seja não-toda para ser desejável (LACAN, 1972-1973).

A proibição da mulher funcionaria nesse caso como condição de amor. Freud (1912) traz outra condição específica de escolha no texto, sobre a tendência à degradação da vida amorosa. Trata-se da disjunção entre o objeto de amor e desejo para um homem. Eles amam a mulher que não desejam, e desejam aquelas que não amam.

A partir das contribuições de Miller (1988, 1989) sobre os textos freudianos concernentes à psicologia do amor, percebemos que a questão da escolha amorosa é muito mais específica para os homens, pois obedece a uma lógica em que objeto de amor e de desejo estejam disjuntos. Isso não quer dizer que seja necessário que haja duas mulheres, uma do amor e outra do desejo, pois a particularidade do gozo feminino a divide, fazendo a Outra para si mesma e seu parceiro sexual.

Com Lacan (1972-1973), entendemos que a forma de amar própria àqueles que se posicionam do lado esquerdo do quadro da sexuação é fetichista, pois se dirige a um falasser feminino como objeto *a*, causa de desejo. Enquanto para aqueles que estão do lado direito das fórmulas, a escolha de objeto é erotomaniaca, quer dizer que para desejá-lo é necessário antes de tudo amá-lo, além de conceder em ocupar esse lugar de objeto causa de desejo na fantasia de um homem. Assim, para que haja uma parceria no campo do amor entre falasseres femininos e masculinos, no lugar da relação sexual que não há, amor, desejo e gozo devem

estar conjugados. Mas como nos adverte Besset (2001b, p. 68) “não todo o tempo”.

Na devastação, há uma dificuldade do falasser feminino em consentir ser objeto causa de desejo para um homem, pois há uma demanda de amor sem fim, na qual não se deixa espaço para a falta, para que possa emergir o desejo. Como vimos, para certas mulheres, a tentativa de escrever o gozo feminino no corpo e na parceria amorosa é falha. Se, por um lado, ela opera pela reivindicação fálica, tentando bancar o homem, tal qual no fenômeno da mascarada, por outro, fica totalmente submetida ao gozo Outro. Deixando-a muitas vezes à deriva, em uma angústia sem fim, só consentindo em ser um objeto degradado, humilhado, um dejetivo. Já que na insistência de ser atendida em sua demanda, comparece não o amor, que pressupõe a falta, mas sua vertente mais real, de puro gozo.

A seguir, trabalharemos a escolha amorosa feminina e sua articulação com a angústia tal como nos indica Freud (1914). Como veremos, a angústia feminina está assentada em uma relação primária de dependência e desamparo em relação ao Outro primordial, por isso a perda do amor para uma mulher pode lançá-la em um vazio sem fim.

3.7 Sobre a escolha amorosa e a angústia feminina

No início da experiência analítica foi o amor, diz Lacan (1960-1961), parafraseando a fórmula *no Princípio era o Verbo*, presente no Evangelho de João, no Novo Testamento. O amor interessa à psicanálise desde os primórdios freudianos. Na psicanálise o amor transferencial (FREUD, 1915b) reveste o analista de confiança, que é investido libidinalmente em função de um lugar que ocupa para o sujeito no dispositivo analítico.

O amor está na base da transferência, quer dizer, na relação analista-analisando, e pressupõe que no amor assim com na experiência analítica está presente uma dissimetria. O fato de não haver simetria quer dizer que numa análise há apenas um sujeito, enquanto o outro

fica no lugar de objeto. Para explicar o amor na transferência, Lacan (1960-1961) traz uma leitura atenta de *O Banquete*, de Platão.

O Banquete constitui uma série de diálogos em que um dos convidados propõe que cada pessoa presente discorra sobre *Eros*, o deus do amor (PLATÃO, 2005). No discurso de Pausânias este afirma que há o amante e o amado: o *erastes* e o *erômenos*. Lacan (1960-1961) pontua a alocação de Pausânias, indicando que no amor não há trocas, pois o amante sempre busca algo no amado. Se no amor é o *erastes* que procura algo no *erômanes*, esta relação revela-se dissimétrica, não sendo possível uma reciprocidade desse afeto. O discurso de Sócrates aponta que no amor há um que tem e outro que não tem.

Sócrates: — Portanto, a pessoa, a quem quer que o deseje, alguma coisa, deseja forçosamente o que não está à sua disposição, o que não possui, o que não tem, o que lhe falta; ora, não são esses justamente os objetos do desejo e do amor? (PLATÃO, 2005, p. 135)

Freud (1930) nos indica que as relações amorosas constituem uma das maiores fontes de felicidade. Paradoxalmente, a perda do amor, para uma mulher, ou do objeto amado, para o homem, se impõem como uma das principais causas de infelicidade e desamparo. Esta aparente tristeza decorrente da separação conduz em cada caso à angústia.

Lacan (1961-1962) relaciona a demanda ao amor, uma vez que faz um apelo ao Outro que supostamente teria como satisfazer aquilo que o sujeito reclama. Assim, para o autor, toda demanda seria uma demanda de amor, de reconhecimento de seu lugar no desejo do Outro. Isso fica evidente, sobretudo, nas mulheres devastadas, nas quais a demanda de amor tem um caráter ilimitado dirigido à mãe ou, na relação amorosa, ao parceiro sexual. Quando não atendidas em sua demanda, o amor comparece sob outra face, o ódio e a angústia.

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914) nos adverte sobre os paradoxos do amor: se amamos para não adoecer, podemos adoecer quando amamos. O narcisismo é um estado intermediário entre o autoerotismo e o amor de objeto. Segundo Freud (1914), no narcisismo o próprio corpo recebe um tratamento parecido, ao que se daria ao corpo de um objeto sexual.

Isso implica um investimento libidinal no próprio eu, o que levaria a uma satisfação similar àquela em que o investimento libidinal é depositado no outro. Nesse texto, o autor postula que a vida amorosa do ser humano, em sua variada diferença no homem e na mulher, seria uma das vias possíveis para se estudar o narcisismo.

As investigações freudianas sobre crianças e adolescentes apontam que os objetos sexuais escolhidos posteriormente por homens e mulheres têm como referência os primeiros objetos de satisfação libidinal. A saber, a mãe ou um substituto dela: alguém que se ocupou dos cuidados, proteção e nutrição da criança na mais tenra infância. Por isso Miller (1989) nos indica que o amor para Freud consistia em uma repetição dos objetos primevos.

Uma exceção a essa escolha de objeto, segundo o modelo da mãe, seria aquela das pessoas que sofreram alguma perturbação em seu desenvolvimento libidinal, para Freud (1914) os perversos e os homossexuais. Neles, o objeto de amor seria eleito a partir de um modelo de si. A esse tipo de escolha de objeto amoroso, Freud (1914) chamou de narcísica. Assim, todo ser humano poderia escolher um objeto amoroso a partir da vertente narcísica, ou de um modelo inicial materno. Mais adiante ele nomeou esse último modelo de escolha de objeto como anaclítico, pois se dirige a um Outro.

Em relação à eleição do tipo de objeto, homens e mulheres apresentam diferenças fundamentais. Freud (1914) postula que a escolha de objeto apoiada no modelo materno seria específica do homem. Essa escolha sexual provém do narcisismo originário da criança, que é posteriormente transferido a um objeto sexual. Essa vertente de amor é correlata ao estado de enamoramento, em que há um empobrecimento da libido no eu em relação ao objeto amoroso.

Nas mulheres ocorre o oposto, pois a entrada da menina na puberdade favorece a valorização do narcisismo original, e a conseqüente desvalorização da escolha objetual. Assim, esclarece Freud (1914, p. 85-86), “tales mujeres sólo se aman, en rigor, a sí mismas, com intensidad pareja a la del hombre que las ama. Su necesidad no se sacia amando, sino siendo

amadas, y se prendan del hombre que les colma esa necesidad”.

Essa retórica freudiana nos deixa intrigados se pensarmos a predileção de certas mulheres por homens que as degradam. Se a necessidade de ser amada, para uma mulher, prevalece em relação à de amar, como podemos justificar a escolha de algumas mulheres por parcerias que a degradam, e que não são correspondidas?

Para Freud (1914), nas mulheres narcisistas o amor objetal em sua completude só pode ser alcançado quando geram uma criança, pois nesse momento uma parte de seu próprio corpo lhes confere um objeto estranho. Desse modo, o próprio narcisismo conduz ao amor objetal (narcisismo secundário). Há ainda algumas mulheres cujo amor objetal se desenvolve independente delas terem um filho. Isso se justifica pela tendência precoce de uma menina em adotar posturas masculinas que podem alcançar a maturidade, sustentadas pelo anseio por um ideal masculino, o que é correlativo ao fenômeno da mascarada.

No texto em questão, Freud (1914) propõe dois tipos de amor: o narcísico e o anaclítico. O amor narcísico (primário) seria voltado à própria pessoa, enquanto o amor anaclítico (secundário) seria dirigido a uma pessoa da qual a outra dependeria. Segundo Miller (1989), Freud opõe de maneira velada o amor a si mesmo, narcisista, e o anaclítico, amor ao Outro.

O amor narcísico estaria no eixo imaginário a-a' do estágio do espelho, proposto por Lacan no início de seu ensino para explicitar a constituição do sujeito a partir da observação de sua imagem (LACAN, 1954-1955). No amor ao Outro, anaclítico, nos diz Miller (1989), estaria presente o que Freud nomeou como *Hilflosigkeit*, desamparo, e *Abhängigkeit*, dependência, que provocaria no sujeito *Angst Von der Liebesverlust*: angústia de perda do amor. Do lado do desamparo, trata-se da necessidade daquele que supostamente tem o que falta ao sujeito, e do lado da dependência do amor, está o Outro que não tem. Nessa vertente, o amor não é só narcisista, já que se dirige a um Outro no qual o sujeito se vê dependente.

Miller (1989) nos indica que a angústia pela perda do amor, característica dos falasseres femininos, conduz à pergunta sobre seu lugar no desejo do Outro, se o Outro lhe quer. Enquanto a angústia da perda do objeto está do lado dos falasseres masculinos, pois sua forma de amar é fetichista, quer dizer, se dirige a uma mulher enquanto objeto *a*, causa de desejo. Assim, “há um que espera a palavra, por depender dela, em sua ex-sistência, há outro que demanda presença, pois é pela via do objeto, articulado no discurso que pode gozar” (BESSET, 1998, p. 190).

A partir da escuta das mulheres, Besset (2001b, p. 68) afirma que “na clínica, não é a devastação propriamente, que se encontra na base da demanda de tratamento desses sujeitos no feminino. É, ao contrário, a interrupção de seu circuito, que podemos nomear de gozo, que lança o sujeito no desamparo, desvelando a angústia”.

Se o modo de gozar feminino inclui o amor, é erotomaníaco, a perda deste deixa em muitos casos a marca de uma angústia avassaladora. Na devastação, uma mulher, ao eleger um homem na parceria amorosa, busca dar consistência ao seu ser feminino através da demanda de amor infinita. Como nos indica Besset (1998, p. 190), “ao homem que diz *eu te amo*, quase tudo é permitido por aquela que, na falta de outra coisa – é bem o caso de dizê-lo – se sustenta neste *ser amada*”.

Quando há a perda desse amor, ela cai em um vazio sem fim, já que a perda não pode ser simbolizada, ela pode aparecer no real do corpo como angústia ou como uma dor crônica, seria a hipótese de nossa tese. A seguir, investigaremos a partir de duas entrevistas clínicas e um caso da literatura, como a dor crônica, para algumas mulheres, teria a função de circunscrever no corpo o sem limites do gozo feminino, característico das devastações.

CAPÍTULO 4: ESTUDOS DE CASO DE DOR CRÔNICA COMO EFEITO DA DEVASTAÇÃO FEMININA NO CORPO

La irrupción del estrago en la vida analítica pone el acento en el cuerpo, y más precisamente, en el cuerpo del que el sujeto está, por decirlo así, privado. (BROUSSE, 2008, p. 21)

Face ao mal-estar na civilização, amar e ser amado é um dos meios dos quais dispõe o ser humano na busca da felicidade, como nos indica Freud (1930). Na orientação lacaniana, o amor é uma solução de suplência à não relação sexual (LACAN, 1972-1073). Ao mesmo tempo, sua presença vela a condição de objeto causa, de desejo ou de gozo, do falasser pelo Outro, que pode se desvelar na angústia (LACAN, 1962-1963). Eis uma solução cuja eficácia é limitada, pois a ausência do objeto amado ou de seu amor pode levar o sujeito a um vazio absoluto. Para alguns falasseres na posição feminina a perda do amor ou o sentimento de não serem amadas conduz ao pior, a uma demanda de amor infinita, revelando a outra face do amor, de puro gozo.

Para uma mulher, não-toda no falo, isto pode resultar em situações específicas com a pergunta: “Se eu não sou a mulher amada, quem sou eu?” Quando a pergunta não pode ser formulada, às vezes pode ser observado um ataque de angústia, com dores no peito, estômago ou taquicardia. Mas também, e esta é nossa hipótese, como dor crônica sem um substrato orgânico que a justifique, como fibromialgia e outras.

Esta hipótese é coerente com a proposta de Gaspard (2009) que reconhece na fibromialgia, cuja incidência é mais comum em mulheres, um posicionamento do sujeito: a recusa do corpo. Neste contexto, também concorda Abelhauser (2010), para quem a dor, para a psicanálise, levanta questões importantes sobre o corpo e a regulação dos impulsos. Para o autor, um gozo mal localizado pode apresentar como destino uma dor, por vezes crônica.

Como nos lembra Abelhauser (2009), as experiências de dor aportam um desmentido à

suposição do sujeito (neurótico) de ter um corpo. Ele afirma também, que a dor, assim como o gozo, marca um excesso. Este excesso nos reenvia ao dom “excessivo” de si no amor, correlativo à demanda infinita que caracteriza algumas relações amorosas femininas, como na devastação. Nesse caso, “não há limites ou concessões que cada uma faz para um homem: de seu corpo, de sua alma, de seus bens” (LACAN, 1973, p. 70).

Castellanos (2009) também afirma que a demanda de amor tem uma função muito mais importante para os falasseres que ocupam uma posição feminina, do que para aqueles que se posicionam do lado masculino nas fórmulas da sexuação (LACAN, 1972-1973). Essa demanda de amor feminina pode retornar para o falasser como uma devastação. Para algumas mulheres, a contingência do encontro amoroso parece se inscrever no registro da necessidade, daquilo que não cessa de se escrever (LACAN, 1972-1973). Para elas, o importante é serem amadas, mesmo sendo degradadas e humilhadas, como dejetos. O autor empreende uma pesquisa sobre a dor e as linguagens do corpo, indicando que na clínica da fibromialgia e outras dores crônicas, a devastação feminina pode experimentar-se no corpo como dor, já que o gozo feminino não tem uma localização precisa no corpo como o gozo próprio ao masculino.

Neste capítulo pretendemos enlaçar o que foi construído nessa tese sobre a dor crônica, o corpo e a posição feminina frente ao amor e ao gozo a partir de estudos clínicos. Para atingirmos nosso objetivo, primeiramente nos dedicaremos à especificidade da pesquisa em psicanálise, que não se fundamenta em métodos quantitativos, nem estatísticos, já que cada falasser só pode ser analisado em sua singularidade. A seguir, trataremos da questão do sujeito como objeto de investigação da psicanálise, que, como explicitaremos, corresponde a diferentes – mas não excludentes –, definições ao longo do ensino de Lacan, culminando no termo falasser.

Posteriormente, alicerçados no que foi desenvolvido teoricamente sobre o tema ao

longo dessa tese e nos estudos de casos, pretendemos responder à seguinte questão: a dor crônica poderia ser para algumas mulheres um efeito da devastação feminina no corpo? E ainda: seria a dor crônica, nesses casos, uma tentativa de circunscrever algo do sem limites do gozo feminino no corpo, apresentando-se como um anteparo em relação ao Outro devastador?

Por fim, discutiremos um tratamento possível para esses falasseres femininos que sofrem de dor crônica. A teoria dos discursos proposta por Lacan (1969-1970) nos indica que o discurso médico porta um saber *a priori* sobre o sujeito e o discurso do analista considera o saber de cada um. Sem descartar o saber de cada campo, que articulação seria possível?

4.1 Pesquisa em psicanálise

Toda pesquisa comporta uma metodologia de investigação, seja ela quantitativa ou qualitativa, cabe ao pesquisador privilegiar qual delas lhe fornece melhor aporte para discutir e analisar os dados de sua pesquisa (TURATO, 2008). No caso da pesquisa clínica em psicanálise, a metodologia qualitativa se apresenta como mais adequada, tendo em vista o objeto de estudo desse campo de saber, o sujeito entendido em sua qualidade.

A pesquisa qualitativa é definida, segundo González Rey (1999), como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizando-se pela heterodoxia no momento de análise. Sendo assim, substituiria a resposta pela construção, a verificação pela elaboração e a neutralidade pela participação. O pesquisador entraria em campo com uma noção *a priori* sobre a problemática a ser investigada, mas sem uma visão acabada sobre o tema. Isso permitiria uma abertura a um processo de criação teórico-metodológico que se produziria na emergência da investigação do próprio campo (GONZÁLEZ REY, 1999).

As principais críticas feitas à pesquisa qualitativa dizem respeito à falta de

representatividade, de possibilidades de generalização e a um excesso de subjetividade decorrente da proximidade entre pesquisador e pesquisados, além de um caráter descritivo e narrativo de seus resultados (GONZÁLEZ REY, 1999). A crítica com relação à representatividade diz respeito à escolha do caso. Os críticos questionam até que ponto o caso escolhido seria representativo de um conjunto de casos de uma sociedade. Essa indagação está pautada na possibilidade de generalização herdada dos métodos quantitativos da ciência positivista e se baseia na noção de amostra estatística (GONZÁLEZ REY, 1999).

Acerca da problemática da falta de representatividade, consideramos que pela especificidade do objeto de estudo das ciências humanas, o sujeito, que não está no domínio da semelhança ou da equivalência, é único, singular e insubstituível (ROCHA; AGUIAR, 2003). O sujeito não é, portanto, passível de ser quantificado sem que com isso perca sua qualidade de sujeito.

A pesquisa em psicanálise utiliza métodos qualitativos de investigação e pertence a uma nova etapa da ciência moderna no campo da matemática, que considera a existência de proposições verdadeiras que, embora não demonstráveis, se mostram consistentes (SAURET, 2003). A pesquisa clínica em psicanálise revela sua pertinência a partir dos seguintes pressupostos. São eles: o que visa responder a questões colocadas pela psicanálise; o que visa responder a questões colocadas à psicanálise; o que visa a construir uma teoria a partir da doutrina da experiência; o que visa construir uma teoria a partir da doutrina e da experiência; o que visa a ampliar o campo da experiência analítica e o que é orientada pelo saber e pela ética (SAURET, 2003).

A psicanálise se interessa pelo sujeito em sua singularidade, caminhando na contramão do discurso da ciência, que tenta enquadrá-lo no universal. Besset (1997) afirma que essa proposição em prol do universal, presente na contemporaneidade, acaba por promover um apagamento do sujeito, na medida em que este é o *inimigo do bando*. Um sujeito, um

falasser, como nos indica Lacan (1972) no final de seu ensino, não será nunca representativo de sua espécie.

O termo falasser, foi introduzido por Lacan (1972) para designar a conjunção do sujeito do significante com sua substância gozante, seu corpo. Assim, para a psicanálise, cada falasser constitui-se por significantes e pela singularidade de seu modo de gozo, sendo um exemplar único.

Miller (2004b) considera que vivemos em uma época na qual há a prevalência da quantidade em detrimento da qualidade. Nem mesmo os falasseres escapariam a essa tentativa de padronização e quantificação, sendo destituídos de sua qualidade. O homem sem qualidades se caracteriza por não ter nenhuma outra qualidade senão a de ser marcado pelo um, podendo entrar nas estatísticas da quantidade. Sendo assim, o homem sem qualidades corresponderia ao homem quantitativo, que torna todos contáveis e comparáveis estatisticamente (MILLER, 2004b).

A estatística quantitativa por sua vez cria um ideal em relação à mediana, que na realidade seria uma ficção matemática abstrata, já que o homem mediano não corresponderia a homem algum. Essa noção causa um problema em relação à definição do normal e do patológico, uma vez que o que seria normal corresponderia à mediana e o patológico a um desvio desta (MILLER, 2004b).

Nesse sentido, podemos pensar a partir do atual cenário mundial regido pela globalização e pelo consumo exacerbado de bens, que o afã pela avaliação e pelo cálculo estatístico serviria de alicerce à lógica capitalista (MILLER, 2004b). O discurso capitalista não abre espaço para a emergência do sujeito, o que ocorre é uma tentativa de enquadrar e classificar a todo custo. O sujeito contemporâneo é convocado a fazer parte das médias que servem a uma categorização universal. É nesse contexto, que vemos emergir o *boom* de questionários, que se propõem a classificar o sofrimento psíquico, a partir de uma

padronização.

Segundo Miller (2004b; 2005; MILLER; MILNER 2006) a prática baseada nos questionários opõe-se à prática analítica, pois trabalha a partir de um saber *a priori* sobre o sujeito, imposto como verdade. Esse saber em questão nos dias atuais caracteriza-se por ser um saber total, apoiado numa quantificação generalizada do ser humano (MILLER, 2005; MILLER; MILNER, 2006).

Dessa forma, a prática analítica é contrária à tendência atual de categorização, pois opera a partir de um saber suposto. O autor compara as duas práticas: “no questionário, é disso que se trata: o operador [quem aplica o questionário] os obriga a falar a linguagem dele. Na análise, é o não saber, o que isso quer dizer, que produz o efeito de sujeito suposto saber” (MILLER, 2004b, p. 5).

A proposta da psicanálise poderia ser definida, como a *arte do um por um*. Em consonância com a indicação freudiana de “escutar cada paciente como se fosse a primeira vez, esquecendo a experiência adquirida” (MILLER, 2004b p.4). Essa recomendação proporciona a priorização do particular frente ao universal do mundo globalizado (BESSET, 2004).

A partir dessa breve discussão sobre a particularidade do sujeito de investigação da psicanálise, interrogamo-nos sobre a relevância da aplicabilidade da pesquisa em psicanálise na contemporaneidade. Sauret (2003) nos indica três razões que justificam a pertinência da pesquisa em psicanálise.

A primeira, refere-se a uma aposta política, posto que a psicanálise contribuiria à incidência dela mesma no laço social contemporâneo, como forma de resistência ao discurso capitalista que *fora clui* a dimensão da falta. A segunda, marcaria a posição da psicanálise frente à incompatibilidade do universal e do singular, constituindo uma resposta a essa antinomia no saber. E, por fim, que a psicanálise e a pesquisa clínica não se reduzem a uma

validação experimental de hipóteses (SAURET, 2003). Cabendo, portanto, ao pesquisador orientado pela psicanálise sustentar resultados a partir do particular que concerne à fala de cada um, do caso a caso, considerando cada sujeito como único.

4.2 O sujeito da psicanálise: da enunciação ao falasser

A que se refere o sujeito da psicanálise? A princípio tentaremos explicitar a que esse termo faz menção a partir do que não está atribuído a ele. O sujeito da psicanálise não se atrela em nada ao conceito de subjetividade utilizado pela psicologia, herdado da noção de personalidade, mantido durante muito tempo nas ciências humanas. O substantivo indivíduo, entendido como um exemplar de uma espécie, também não definiria o sujeito. Do mesmo modo, o sujeito consciente da psicologia estaria distante da proposta da psicanálise.

O sujeito cartesiano (FINK, 1998), conhecido pela célebre frase *cogito, ergo sum*, seria o inverso da proposição lacaniana, posto que o filósofo se interessava em investigar a racionalização do pensamento, daquilo que diz respeito ao eu, entendido como aquele que se apodera de seu próprio *cogito*. Para Lacan, assim como para Freud (1923b), podemos inverter o aforisma: sou, onde não penso. Isso significa que ali onde se acredita ser, não se é.

O eu é concebido como um falso ser, nega sempre o que provém do inconsciente. O sujeito do inconsciente, por sua vez, não se dedica a nada que funciona em termos da consciência. O sujeito da psicanálise também não é o mesmo de Aristóteles: “de fato, o sujeito do inconsciente só toca na alma por meio do corpo, introduzindo aí o pensamento: desta vez contradizendo Aristóteles. O homem não pensa com sua alma, como o filósofo imagina” (LACAN, 1973, p. 18-19).

De acordo com a definição do dicionário, o vocábulo sujeito teria as seguintes significações: [do latim *subjectu*, posto debaixo], como adjetivo: súdito, escravizado, cativo,

obrigado, constrangido, adstrito; que se sujeita à vontade do outros, obediente, dócil; dependente, submetido; exposto, passível. Enquanto substantivo, diz o verbete: indivíduo indeterminado, ou cujo nome se quer omitir, para a gramática, termo da oração a respeito do qual se enuncia alguma coisa. E finalmente uma definição que se aproximaria mais do sujeito da psicanálise, para a filosofia, “o ser individual, real, que se considera como tendo qualidades ou praticado ações” (FERREIRA, 1987, p. 1627). Alguns desses significados:

(...) são coerentes com o conceito de um sujeito submisso à ordem simbólica, escravo do significante, obediente à vontade do grande Outro. Um súdito, vassalo, da lei do significante, à qual deve submeter seu desejo, obrigado que está de articulá-lo em demanda. Sujeito que se reduz, pela contingência de depender da linguagem para existir, à definição gramatical: termo da proposição a respeito do qual se enuncia alguma coisa. Sujeito do inconsciente que está mais próximo do sujeito indeterminado, aquele que fica oculto na frase. (BESSET, 1997, p. 66-67)

O termo sujeito foi introduzido na psicanálise por Lacan (1953-1954), tornando possível operar com a hipótese do inconsciente freudiano, como aquilo que não é sabido (*unbewusste*), velado ao próprio eu. O sujeito do inconsciente estaria dividido entre o saber e a verdade, do mesmo modo que o sujeito da ciência, afirma Lacan (1965b). A ciência, por sua vez, progride instituindo um saber que não se ocupa dos fundamentos da verdade. Em Freud, encontramos “Wo Es war, soll Ich werden”(1932, p. 74), quer dizer, “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” (LACAN, 1965b, p. 878). Assim, podemos aferir que o sujeito não corresponde de modo algum ao eu, ou àquilo que é consciente, estando justamente na divisão entre o eu e o isso (FREUD, 1923b).

O sujeito da psicanálise é dividido, barrado, cindido pela própria falta que o constitui, articulando-o à estrutura de um discurso. Ali onde o discurso falha, rateia, é que pode haver a emergência do sujeito. Sua verdade surge nos enganos (*bévue*), nos tropeços da linguagem do ser falante (BESSET, 1997). O inconsciente sobrevém no dizer, uma vez que no dito a verdade do sujeito se perde, aparecendo somente sob o véu do enunciado, que é a única forma desta se expressar, através de um meio-dizer (LACAN, 1969-1870). Nesse sentido, “a presença do inconsciente, por se situar no lugar do Outro, deve ser procurada, em todo

discurso, na sua enunciação” (LACAN, 1960-1964, p. 848).

Lacan (1957) acrescenta ao inconsciente freudiano alguns elementos da linguística saussuriana, formulando o pressuposto do inconsciente estruturado como uma linguagem. Para a linguística, a enunciação seria um ato individual da língua, enquanto que o enunciado seria o resultado de um ato de criação de um sujeito falante.

Rudge (2012) nos esclarece que:

(...) a metodologia saussuriana, visa descartar um objeto heterogêneo como é a linguagem e se dedicar ao estudo do sistema da língua, constitui a língua como um objeto científico. Na caracterização da língua, a metodologia saussuriana seleciona na linguagem aquilo que é constante, que se repete em todas as falas e que não depende das circunstâncias de sua aparição. Já a fala e as circunstâncias da fala são irrepetíveis. (RUDGE, 2012, p. 33)

Dessa forma, a psicanálise se interessa por aquilo que se repete nas falas, onde aparece à enunciação o que é próprio ao sujeito, sua verdade, veiculada no discurso através daquilo que depende das circunstâncias da fala, do enunciado. O sujeito da enunciação advém da articulação significativa, é o sujeito do desejo, enquanto o sujeito do enunciado representa o eu, “o eu que nesse momento aí, formula o enunciado está mentindo, que mentiu um pouco antes, que mente depois, ou mesmo que dizendo eu minto, ele afirma que tem a intenção de enganar” (LACAN, 1964, p. 133).

Mais tarde, Lacan (1966, p. 833) define o “sujeito como aquilo que um significante representa para outro significante”. Isso quer dizer que para haver um sujeito é preciso que todos os significantes estejam presentes na cadeia, que haja um S1 que se dirige ao S2 e assim por diante. Um significante só faz sentido em referência a outro, assim, na falta de um significante os demais não representariam nada. O sujeito se constituiria no intervalo, na escansão entre um significante e outro, no que faz discurso ao dirigir-se ao Outro.

No seu último ensino, Lacan (1975-1976) questiona a noção de sujeito, adotando o termo *façasse*, que comporta um corpo vivo, que fala e goza ao falar. O *façasse* é vivificado pelo gozo, enquanto o sujeito é sempre mortificado pelo desejo, pela falta-a-ser.

Resumidamente, o falasser se constituiria pela junção “do sujeito mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante” (MILLER, 1998a, p.102).

A especificidade da noção de sujeito, do enunciado e da enunciação, além do falasser, para a psicanálise nos fornece subsídios para a análise metodológica dos dados empíricos de nossa tese, como discutiremos a seguir. O sujeito está sempre tentando recobrir a falta estrutural da linguagem, através de suturas em seu enunciado, mas há sempre algo que escapa, por meio de lapsos, chistes, da descontinuidade da cadeia significante, mudanças de discurso e entonação que fazem emergir o não-sabido, aquilo que é próprio ao seu inconsciente, sua enunciação (GASPARD *et al.*, 2010b).

4.3 Metodologia

Optamos por uma metodologia qualitativa, porque é particularmente adequada para cumprir o objetivo de compreensão em profundidade do fenômeno, para estudar o processo e compreender as dimensões experienciais da situação. Antes da coleta de dados, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de ética¹⁴ da Université Rennes 2.

O material constitui-se de duas entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas¹⁵ e traduzidas. A primeira, contando com uma hora e meia de duração, e a segunda, com uma hora de duração. A entrevista clínica semidirigida ou semiestruturada

(...) se constitui como um artefato de laço social e se caracteriza por uma dupla vertente: a primeira é a de mobilizar inegavelmente o sujeito em sua relação com o saber (discurso da ciência). A segunda se deve ao fato de que qualquer aceitação, mas também qualquer recusa de participação em entrevistas de pesquisa, ou seja, qualquer resposta a uma oferta do encontro introduz o sujeito na dimensão da demanda no campo do Outro. Assim, por um lado será confrontado à demanda do investigador e, por outro, à interrogação sobre o que é o seu desejo. Disso resulta uma atenção específica na qual se inscreve o processo de enunciação. (GASPARD *et al.*, 2010b, p. 369-371)

¹⁴ O termo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de ética da Université Rennes 2 encontra-se no anexo 4.

¹⁵ As duas entrevistas transcritas podem ser consultadas na íntegra nos anexos 2 e 3.

Nesse contexto, participaram dessa pesquisa, voluntariamente, duas mulheres francesas que sofrem de dor crônica, com idade entre 40 e 60 anos, que se encontram em tratamento psicanalítico. As participantes consentiram em serem entrevistadas individualmente pela pesquisadora e convidadas a falar livremente sobre a feminilidade, o amor e a dor.

Em fase preliminar à coleta de dados foi elaborado um roteiro¹⁶ semiestruturado a partir de questões abertas que orientou as entrevistas. Esse roteiro foi dividido em três categorias que pretendem nos indicar através da análise de discurso, se nossa hipótese de tese pode ser verificada a partir de dados clínicos. São elas: (A) a relação do sujeito feminino com o corpo (a partir dos significantes que designam a dor e prazer); (B) a posição do sujeito feminino na relação de amor (de significantes que designam sua posição em relação ao outro, a dominação, submissão entre outros); (C) a função do amor e da dor para o sujeito feminino (significantes que designam ou não um compromisso a partir das palavras de amor e/ou nomes e doenças nas quais o corpo é atingido). As categorias¹⁷ emergentes serão identificadas e organizadas de acordo com a revisão de literatura sobre a dor, o corpo e a posição feminina em relação ao amor e ao gozo, conforme explicitado ao longo dos capítulos dessa tese.

A análise dos dados foi realizada de acordo com uma análise de discurso, proposta por Pêcheux (1975; 1988) frequentemente usada nas pesquisas em psicanálise, pois se fundamenta na linguística saussuriana. Para o autor, o discurso concentra e ao mesmo tempo confunde, como um nó, as questões relativas à língua, à história e ao sujeito. Assim como Lacan (1964), Pêcheux (1975; 1988) afasta-se do estruturalismo saussuriano para propor a análise do discurso a partir de uma nova proposição de língua mais próxima da psicanálise. A língua da análise do discurso não trabalha com uma noção de estrutura fechada e homogênea,

¹⁶ O roteiro que orientou nossa entrevista está disposto no anexo 2.

¹⁷ Gostaríamos de salientar que, embora tenhamos estabelecido três categorias para análise dos dados, estas não são bem precisas, já que conforme desenvolvemos ao longo da tese, a dor, o amor e a posição feminina estão intimamente entrelaçados pela noção de gozo.

pois incorpora o real da língua da psicanálise, que admite a falta, o furo, o não-todo, para expressar a incompletude que a constitui (PÊCHEUX, 1975; 1988).

Em consonância com Pêcheux (1975; 1988), Gaspard *et al.* (2010b, p. 363) afirmam que “a psicanálise compreende uma analítica do discurso, cujos critérios de justificação e cujas regras de ação aspiram universalidade, transmissibilidade e refutabilidade segundo uma epistemologia que seria própria às ciências da linguagem”. Dessa forma, o discurso seria próprio ao método psicanalítico de investigação, pois se propõe ao exame do sentido e da significação deste.

Gaspard *et al.* (2010b) identificam três metamodelos de análise de discurso na obra de Lacan, que tem por objetivo orientar-se à corporeidade, já que o discurso é aquilo que faz corpo. O primeiro modelo corresponde à articulação significante, que inclui a noção de desejo, além da metáfora e metonímia. O segundo baseia-se na teoria dos quatro discursos, em conformidade com a função do gozo no laço social. E o terceiro fundamenta-se a partir da topologia dos nós, em que os registros, imaginário, simbólico e real encontram-se enlaçados. Esses modelos não são excludentes e podem ser trabalhados concomitantemente, dependendo das categorias de investigação propostas à pesquisa.

A partir do que foi exposto sobre a análise do discurso nos propomos a examinar as entrevistas clínicas à luz do que nos indica Lacan (1955-1956), de que a psicanálise deveria ser a ciência da linguagem habitada pelo sujeito, constituído ao mesmo tempo que dividido, barrado por essa linguagem. Ou melhor, do falasser, já que o sujeito não é disjunto de seu corpo, de sua substância gozante. O corpo é o meio do qual dispõe um falasser para gozar. As fórmulas da sexuação (LACAN, 1972-1973) apontam duas posições distintas para gozar, uma erotomaníaca, própria ao feminino e outra fetichista, do lado masculino do quadro. A primeira orienta-se ao amor e a segunda ao objeto.

4.4 Estudos clínicos

A seguir trazemos três investigações clínicas de falasseres femininos que apresentam sofrimentos no corpo, que se manifestam como uma dor crônica, decorrentes de relações amorosas devastadoras. O primeiro, deles extraímos da literatura. Trata-se de uma paciente que esteve em tratamento por um curto período com o psicanalista espanhol Castellanos (2009). O modo como o autor apresenta o caso e demarca suas interpretações, nos indica como foi possível a esse falasser inventar um modo novo de relacionar-se com o excesso de gozo feminino. O segundo e o terceiro, referem-se a entrevistas clínicas semiestruturadas, concedidas gentilmente por duas mulheres que se encontram em análise.

O presente estudo clínico fundamenta nossa hipótese de tese de que o sem limites do gozo feminino, que pode apresentar-se como uma devastação na relação com a mãe ou com um parceiro sexual, poderia manifestar-se no corpo como uma dor crônica.

4.4.1 Uma mulher sufocada¹⁸

Alice é uma mulher de 59 anos diagnosticada há cinco anos com síndrome dolorosa crônica e fibromialgia pelo serviço de reumatologia de um hospital em Madri. Chega à primeira consulta muito incapacitada por uma cirurgia a que havia se submetido há um ano e que poderia ter sido evitada. Apresenta-se como uma mulher rude e deselegante. Em seguida diz, “cansaço, não tenho vontade de fazer nada, nem de me ver, tenho muita dor, tomo muitos remédios e tudo continua igual”.

O analista pergunta como as dores começaram. Ela conta que vinha cansada há mais ou menos cinco anos, com dores nos ossos, nos ombros, depois nas mãos e articulações. Está

¹⁸ O presente texto faz menção ao trabalho apresentado no *Colloque International Femmes dans le siècle: psychopathologie de rencontres ordinaires*, em junho de 2012, na Université Rennes 2 intitulado *Sexualité féminine et douleurs corporelles*, de nossa autoria, mas que não encontra-se publicado.

recém-operada, se sentindo muito mal. Começou com uma dor no glúteo esquerdo, “foi um mau passo que dei ao descer do ônibus e a partir daí começaram as dores... não tenho nenhuma explicação”. O analista marca que foi um mau passo que ela deu e pergunta se há algo mais que tenha se passado há mais ou menos cinco anos. Há cinco anos a mãe foi viver com ela, coincidindo com o início das dores.

Alice se casou com 24 anos e logo depois teve sua primeira filha. O casamento tinha muitos problemas e durou 3 anos, embora ela se recorde de que foram muito felizes durante os primeiros 4 anos de noivado. Deu uma segunda chance ao marido quando estava grávida da segunda filha, mas este se foi com outra mulher que também estava grávida. Isso foi insuportável para ela e depois disso nunca mais confiou em ninguém. Separou-se aos 28 anos e tratou de dedicar-se ao trabalho e ocupar-se da educação das filhas.

Após sete anos, teve uma relação com um homem 14 anos mais velho que ela, durante 12 anos. Ela narra que ele era muito bom, que a queria muito, e que propôs viverem juntos. Ela escolheu viver com a mãe que estava com 85 anos e doente. Seus irmãos queriam que a mãe fosse levada a uma residência para idosos, mas Alice disse que não podia deixar que isso acontecesse. O analista assinala essa coincidência temporal entre o início das dores e ter de cuidar de sua mãe. Ela pôde estabelecer com clareza os embaraços do corpo com o sintoma corporal. O corpo habitado pela dor e o gozo que oscila entre a mãe e o amor dos homens.

Na primeira entrevista traz o significante “sufocada”, que tem um peso fundamental em sua história. Trata-se de um S1 que remete à sua infância, à mãe e sua situação atual. Ela diz: “fico sozinha com minha mãe e tudo isso me sufoca muito... agora junta tudo, não vou trabalhar, estou mais sufocada em casa, estou muito mal, nada me motiva... Não é que esteja deprimida, é que não vejo nada...”.

Na segunda entrevista apresenta seu drama infantil. Nasce em uma família pobre e durante toda sua infância, dos 3 aos 10 anos, fica internada em um hospital, por conta da

tuberculose. Lembra que apesar disso não tinha recordações ruins desse lugar e que o pai a visitava uma vez por ano. Era a segunda filha de quatro irmãos. Seu pai faleceu quando ela tinha 14 anos, se recorda apenas de suas visitas ao hospital e que bebia muito. Deixou de falar com ele aos 12 anos quando este lhe deu um soco por uma briga com um dos irmãos.

A mãe era uma mulher de muito caráter e muito mandona, que sustentou a família após a morte do pai. Atualmente a mãe tem 89 anos e está muito doente. Alice se sente “sufocada” e nervosa com a demanda materna infinita. Durante sua infância no hospital fica abandonada pelo pai como um resto que pode contaminar. Para Castellanos (2009) isso indica como a questão do abandono da mãe, em uma residência para idosos, atualiza seu próprio abandono, um real que se repete.

Termina essa entrevista se lamentando que, durante o noivado, estava muito bem com seu ex-marido, mas depois que se casaram tudo se perdeu. O pior foi ter sido deixada grávida pelo marido, que se foi com uma mulher que também estava grávida.

Na terceira e quarta entrevista a transferência começa a se instaurar, ela passa do sintoma corporal a interrogar-se acerca de seu próprio desejo. Conta que antes do casamento trabalhava em uma fábrica e que saiu para casar-se, pois era mal visto casar-se e continuar trabalhando. Agora trabalha em três lugares. Está há 9 meses de licença do trabalho, e relata que agora todos os dias são iguais. Diz que não teve sorte na vida, mas teve no trabalho. Para esta paciente o trabalho tem uma função que permite o laço social e serve como regulador pulsional.

Castellanos (2009) solicita que ela conte sobre a relação que durou 12 anos. Ela diz: “foi um homem que me queria muito, não havia nada ruim, me ajudou em muitas coisas. Vivia muito bem, me ajudava e eu não me sentia sufocada. Queria que vivêssemos juntos e eu disse que não. Ele não permitia que eu fosse de férias com minha mãe, me exigiu que eu escolhesse. Agora somos amigos, esta relação não terminou mal. Foi um homem covarde,

tinha muito medo que eu o deixasse. Eu não queria dar um padrasto para minhas filhas e disse a ele que não. Era uma boa pessoa, com ele cheguei a estar bem”. Mas acrescenta que nunca esteve apaixonada por ele. Ele não compareceu ao primeiro encontro, porém ele insistiu e ela disse: “o que me importa”, ao que Castellanos (2009) acrescenta: “o que lhe importa perdê-lo ou não perdê-lo”. Naquela ocasião ela joga a partida sem risco e sem amor, situando-se como objeto que pode faltar e não como objeto que se desfaz.

Na quinta entrevista começa falando de sua mãe: “tudo que faço ela quer. Não quer saber como estou, me insulta, e se mete com minhas filhas. Sempre estive muito unida à minha mãe, ela sempre me disse que não colocasse ela em uma residência para idosos, não tenho essa coisa de deixá-la e desentender-me. É como se abandonasse ela, é uma menina grande e com maldade, quer que eu esteja com ela e que não vá a lugar nenhum, não quer que eu trabalhe, quer somente que eu esteja dependente dela”.

O analista marca que ela está “muito dependente dela”. Contesta que se vai ou fica leva bronca da mãe. Que tem vontade de ir por aí, mas se sente sufocada, desprotegida de tudo. Em suas palavras: “muitas vezes me sinto sufocada. Me dá medo deixa-la só, quer chamar a atenção de todo mundo. Eu estou mais cansada e a aguento menos. Ela me tira a vontade de tudo, também não é possível conversar com ela”. Para Castellanos (2009) essa fala indica o S1, como mortificação do significante sobre o corpo, onde não há conversa, não há palavras que se deslizem e formem uma trama simbólica.

Na quinta entrevista Alice já pôde localizar com precisão o nó em que está enrolada. Fala então sobre o inconfessável, sobre aquilo que estava recalcado em relação à sua mãe. Relata o que nunca pôde colocar em palavras, da relação de devastação com a mãe, da qual não pôde se separar e que a impediu ter um lugar próprio, uma casa. E por ter escolhido a mãe ao invés do amante.

Na sexta entrevista está muito angustiada, diz: “minha mãe está doente”. A mãe disse:

“agora você vai me abandonar”. Alice continua: “eu não sei se devo falar com meus irmãos, ela disse que eu quero assustá-la”. Ela diz que não sabe o que fazer, que não tem saída... Que não sabe como sair desse nó. Não pode deixá-la nem seguir sua vida se os irmãos não se responsabilizam pela situação. Nesse momento, Castellanos (2009), convoca-a um reposicionamento, responsabilizando-a por sua escolha. Pontua que ela pode buscar uma solução que não precisa ser abandonar a mãe ou ficar dependente dela, que ela tem que encontrar uma saída e desfazer o nó.

Na sétima entrevista, Alice chega com um informe do neurocirurgião dizendo que ela foi operada de síndrome do canal cárpico e que seria aconselhável não retornar às atividades laborativas. Ela trabalha com limpeza e, um ano depois de estar afastada do trabalho, abre-se a possibilidade de uma incapacidade laborativa permanente. Ela não sabe o que fazer e demanda ao analista se deve trabalhar ou não. Castellanos (2009), não atende a essa demanda e convoca-a posicionar-se frente a seu desejo, sobre o que ela quer fazer. E recorda as palavras de Alice: que ela não teve sorte na vida, mas teve no trabalho, que o trabalho para ela parecia trazer benefícios, que permitia que ela tivesse um lugar.

Na oitava entrevista disse que tinha decidido começar a trabalhar e contratar uma mulher que se ocupasse dos cuidados da mãe enquanto ela estivesse fora. Fala de seu trabalho, que é encarregada de uma empresa de limpeza, que tem outros dois empregos, que tem uma ótima relação nos lugares em que trabalha e que a apreciam muito. Mostra-se muito nervosa com o que pode acontecer, mas reconhece que se seus irmãos a ajudarem a contratar alguém, ela poderia sair pra trabalhar. Queixa-se de cansaço, mas não como antes, sobretudo nos joelhos. O analista reconhece essa mudança de discurso e indica uma investigação médica quanto às dores, pois poderia ser algo orgânico.

Na nona entrevista chega com os resultados da análise médica indicando um hipotireoidismo e uma hepatite por vírus B. O médico troca sua medicação e a encaminha

para tratamento com um endocrinologista. Na décima entrevista, após o verão, Alice demonstrava estar muito bem, o tratamento havia evoluído e ela começara a trabalhar. Tem pouco tempo livre, acorda muito cedo, almoça em casa e volta para o trabalho, regressando à casa só à noite. Contratou uma pessoa para cuidar de sua mãe, e seus irmãos estão ajudando com o pagamento. Passou o verão sem tomar analgésicos e apenas recorre a eles ocasionalmente. Estava muito satisfeita e contente, pois começou a viver a vida que desejava, ficando como resto apenas uma dor nos pés.

Castellanos (2009) decide interromper o tratamento, concluindo que o mau passo que ela deu há 5 anos possibilitou que uma série de acontecimentos e sintomas corporais invadissem sua vida até “sufocá-la”. O gozo do corpo deslocalizado irrompeu com o sintoma de dor. O tratamento permitiu que ela se desenlacesse da trama em que estava imersa e estabelecesse uma nova relação com a vida, como antes do surgimento das dores. Neste movimento se produziu um fenômeno com caráter psicossomático: o hipotireoidismo como resultado da localização do gozo e de sua irrupção no imaginário do corpo.

Neste caso, uma vez localizada a causa da desestabilização, foi possível operar no dispositivo analítico, tratando de conter o transbordamento de gozo feminino, restabelecendo algo do equilíbrio libidinal do sujeito. Foi necessário realizar um percurso que permitisse à paciente se defrontar com os avatares de sua vida amorosa a partir de uma posição diferente e inventar uma nova relação com a mãe e com os parceiros sexuais que não lhe deixasse dependente, sufocada, devastada.

4.4.2 Uma salvação pelo amor

Violeta tem 49 anos, duas filhas, uma de 23 anos e uma de 30 anos, e um filho de 20 anos, além de 5 netos que ela não vê muito. Vive com o marido e o filho, que faz faculdade

em Toulouse, mas retorna à casa nos finais de semana. Há seis anos ela teve uma hemorragia cerebral repentina e imotivada, que, embora não evolua, provoca sangramentos de tempos em tempos. Ela passou alguns meses em coma na UTI, mantida por aparelhos. Essa hemorragia cerebral deixou-a com diversas sequelas, ela não conseguia mover-se, por conta da paralisia, o que afetou sua memória, sua capacidade de comunicação e sua visão.

Antes desse episódio ela trabalhava como sofróterapeuta, mas desde que se recuperou dedica-se a trabalhos voluntários. Atualmente, é voluntária em uma associação esportiva na qual prepara atletas para competições por meio de técnicas da sofrologia¹⁹. Além disso, administra aulas de diversas artes marciais como Chikong, Tai Chi Chuan e Body Viet. É muito ligada à espiritualidade, orienta-se pela filosofia budista há mais de 20 anos. Ela conta que sua formação em sofrologia, assim como sua espiritualidade, lhe ajudaram muito em sua recuperação.

A) Relação do sujeito com seu corpo

A partir do desenvolvimento do estatuto do corpo para a psicanálise em nosso segundo capítulo, podemos inferir que o corpo não é uno, mas cindido. Lacan (1966) nos ensina que o corpo é constituído por três dimensões: simbólica, imaginária e real. Para investigarmos a relação do sujeito com seu corpo, seguiremos a indicação de Lacan (1966) na conferência *O lugar da psicanálise para a medicina*, em que o corpo é marcado por um gozo cuja noção está próxima da dor:

(...) o que chamo de gozo, no sentido de que o corpo experimenta, é sempre algo da

¹⁹ A sofrologia é o estudo da consciência em equilíbrio. É uma escola inspirada na fenomenologia, que tem como objetivo o estudo da consciência e a conquista dos valores existenciais do ser. Tem fins terapêuticos e/ou profiláticos. A sofrologia é a ciência médica que estuda e investiga como estimular as forças responsáveis pela harmonia biológica do ser humano natural, reforçando a consciência (que para a sofrologia é a força que integra as estruturas psicofísicas do ser humano) através da estrutura que a organiza e lhe dá sentido: o corpo. Durante as sessões de sofrologia o indivíduo toma consciência do próprio corpo, de suas sensações, suas tensões corporais e mentais, de suas emoções e pensamentos buscando cultivar uma consciência mais harmônica. O indivíduo descobre e conquista de forma progressiva os valores positivos de sua existência e dos que o rodeiam.

ordem da tensão, do forçamento, do gasto, ou mesmo da façanha. Há, incontestavelmente, gozo ali onde a dor aparece, e sabemos que é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que, de outro modo, permanece velada. (LACAN, 1966, p. 10)

Nesse sentido, procuraremos explicitar a relação que Violeta estabelece com esse corpo real, marcado pela dor, a partir de trechos de sua fala que indicam algo de sua enunciação. No momento em que sofreu a hemorragia cerebral e foi hospitalizada com urgência, os médicos não sabiam o que havia irrompido o sangramento. Da mesma forma, outras três hemorragias cerebrais graves surgiram e cessaram repentinamente, sem qualquer motivo aparente. Após a hospitalização, ela foi se recuperando lentamente das sequelas corporais, inventando uma nova forma de apropriar-se desse corpo mortificado e vivificado a cada dia.

Violeta conta que a doença a impulsionou a estabelecer uma nova relação com seu corpo e com os outros, pois ela nutria ao mesmo tempo uma vontade de compartilhar e estar com os outros, e de centrar-se em si, ficar sozinha:

(...) há seis anos, eu estava em uma cadeira de rodas, eu estava completamente paralisada. Eu estava cega e não podia mais falar. Então, (SILÊNCIO), eu era obrigada à força a ficar mais centrada em mim, porque com a impossibilidade de me comunicar com o mundo exterior (RESPIRA) e depois porque era preciso que eu agisse para não ficar neste estado lá (ENGOLE) e mesmo que eu não pudesse ver, falar, eu ouvia muito bem e eu entendia tudo... E, sobretudo, eu percebia em que estado eu estava (PEQUENO RISO). Esta prisão tornava necessário que eu sásse a qualquer custo.

Aos poucos ela foi melhorando, retomando a fala e a visão, embora ainda tenha pequenas intercorrências que afetam a visão, a psicomotricidade e a linguagem. Durante sua recuperação, Violeta se incomodava muito com o olhar dos outros, seja de preconceito ou de compaixão. Preocupava-se com a imagem que as pessoas que ela já conhecia tinham dela antes e depois da doença, e mesmo com o olhar de desconhecidos sobre seu corpo. Notamos que, para Violeta, o reconhecimento de sua imagem corporal está alienado no olhar do outro, é especular, já que ela parece encontrar dificuldades em se diferenciar, separar-se do outro e apropriar-se dele a partir de sua própria imagem. Em suas palavras: “eu sinto tanto os outros e suas emoções que me incomodava sentir as emoções que eles experimentaram ao olhar a

minha doença, e por aqueles que me conheceram antes e depois”.

Nesse processo de alienação-separação com o outro, nos parece que o olhar ficou com resto dessa operação, como objeto privilegiado de gozo, surgindo em muitos momentos de sua fala o par olhar e ser olhada. Dessa forma, esforçava-se em demasia para manter uma imagem inabalável, para que nada de sua castração aparecesse: “quando eu estou mal, quando eu sofro, ninguém vê, eu sou irreconhecível. Mas bom, é...é acima de tudo isso, passo uma boa imagem de alguém forte, alguém que fica positivo. Mas, ao mesmo tempo isso pesa. Isso também é pesado”.

A questão do olhar fica evidente quando ela relata a luta constante com seu próprio corpo, sempre sozinha, para que ele voltasse a funcionar como antes. A partir de sua fala notamos que Violeta estabeleceu alguma mudança em relação ao seu corpo depois da hemorragia cerebral que a deixou com sequelas graves, paralisada, sem poder falar e enxergar. Ela não queria que seu corpo fosse objeto de manipulação do gozo do Outro e esforçava-se para sua reabilitação. Violeta relata como se sucedeu esse processo: “No dia em que eu vi dois dedos se mexendo, isso me encorajou, então eu trabalhei durante anos, todos os dias, por horas e horas, quando eu podia, porque a dor era quase constante. Eu tenho diversas formas de dor, mas a compressão seguida das hemorragias do cérebro é uma dor horrível”.

Como trabalhou muitos anos como sofraterapeuta com idosos, pessoas inválidas e em estado terminal, ela não queria ir para o centro especializado em reabilitação neurológica. A partir de sua experiência, ela observava que nesses lugares as pessoas não são tratadas como adultos, mas como crianças. Assim, procurava avançar em seu tratamento através do controle das emoções aprendidas na meditação e na sofrologia, além de técnicas que utilizam a memória corporal. Ela não queria ficar “prisioneira em um corpo, incapaz de se comunicar e se fazer compreender”. Nas palavras de Violeta: “isso também me levou a ter meu olhar, porque eu trabalhei com os doentes e com pessoas idosas. Eu me perguntava por vezes se eu

mesma não tinha este comportamento um pouco infantilizante, porque ele parte da empatia e da compaixão no começo, mas talvez ele vá longe demais às vezes”.

A partir da fala de Violeta, podemos inferir que a hemorragia cerebral funcionou para ela como um acontecimento de corpo, tornando-o vivo, manifestando no real do corpo os efeitos de significado, do lado do imaginário e do simbólico, passíveis de decifração e de gozo, indicando uma satisfação silenciosa, que se apresenta para o sujeito como puro desprazer. A perspectiva da biologia lacaniana introduz o sintoma como acontecimento de corpo, pois possui uma dupla vertente, de significantização e de corporificação, uma vez que o corpo vivo é sempre afetado pelo gozo.

Como nos indicam alguns autores contemporâneos (BESSET *et al.*, 2010a; ABELHAUSER, 2010; GASPARD, 2009), os acontecimentos de corpo constituem todo tipo de eventos corporais que mobilizam o corpo, sem que o sujeito se responsabilize por eles em sua queixa.

B) Posição do sujeito em relação ao amor

O primeiro encontro de Violeta com a sexualidade foi traumático. Ela tinha apenas dezesseis anos e estava muito apaixonada por um rapaz. Um dia, foram juntos para uma festa, escondidos de seus pais, já que eles não lhe davam permissão para sair. No fim da festa, pegaram uma carona com outros rapazes, que a levaram para uma praia, onde ela sofreu um estupro coletivo. Ela não contou nada a ninguém, já que depois do ocorrido passou dois meses trabalhando como monitora em uma colônia de férias. Só percebeu que estava grávida quando uma amiga lhe aconselhou a fazer um teste de gravidez, pois não era normal que ela estivesse sem menstruar.

Quando voltou para casa, contou para sua mãe que estava grávida, mas não teve

coragem de dizer sobre o estupro. Sua mãe organizou tudo para que ela fizesse um aborto e, depois disso, o assunto virou um segredo de família. Sua mãe acreditava que ela tinha um comportamento libertino, mas Violeta só foi lhe contar a verdade sobre o estupro quando tinha mais de trinta anos.

Após essa situação, “dois, três meses depois, eu quis acabar com a minha vida”. Ela estava prestes a pular de uma ponte, quando um rapaz puxou-a pelo braço. Violeta era muito grata a esse rapaz com quem se casou e teve sua primeira filha. Em suas palavras: “ele era formidável para mim por me dar, me devolver, não somente o sabor à vida, mas a possibilidade de eu perdoar a mim mesma por coisas das quais eu não era a responsável”. Violeta era apaixonada por ele, tinham muitas afinidades, e compartilhavam muitas coisas juntos. Ele era muito respeitoso, romântico e culto. Morreu repentinamente em um acidente de carro.

Quando perguntado como foi para ela essa perda, Violeta retoma a questão dos efeitos da hemorragia cerebral sobre seu corpo, nos indicando que algo dessa dor de amor, da perda, não pôde ser simbolizada. Diz que após a hemorragia cerebral tem muitos lapsos de memória, não tem lembranças de alguns períodos difíceis de sua vida pessoal, enquanto sua memória em relação ao trabalho permaneceu intacta. Em relação à perda do marido ela diz ter ficado muito mal, mas não se recorda bem como experimentou essa perda.

O término de sua relação com seu segundo marido também foi marcado por uma perda, um sentimento de abandono, que embora não tenha sido uma perda real, pela morte, lhe deixou marcas significativas. Separou-se dele há onze anos, mas já não viviam como casal nos últimos cinco anos da relação. Ela demorou muito tempo para entender que “ele tinha uma vida fora e que ele tinha escolhido assumir sua homossexualidade”. Quando descobriu o que estava acontecendo, passou o dia vomitando, não pelo fato do marido ser homossexual, mas por ter se sentido “traída, de ter servido de mãe de aluguel, já que a nossa história

terminou quando ele teve seus dois filhos”.

Foi muito difícil para Violeta aceitar que foi trocada não por uma mulher, “pois nós procuramos saber o que ela tem de mais, para rivalizar, talvez, (PEQUENO RISO)”, mas por um homem. Nesse caso, não havia nada que ela pudesse fazer, a não ser aceitar. Apesar de tudo, ela tem boas recordações dele: “quando ele estava lá, estávamos bem juntos, tivemos dois filhos, e tudo correu bem. E, aliás, mantivemos um laço muito forte. Somos muito próximos. Ele é quase como meu quarto filho”.

Para recuperar-se da separação ela partiu em uma missão humanitária para a Nicarágua, onde conheceu seu último parceiro. Seus projetos de vida pareciam coincidir com os dela naquele momento e ela decidiu que era a hora de dedicar-se mais à sua vida afetiva. Nos últimos anos ela havia se dedicado à sua vida profissional no campo social e a cuidar de seus três filhos sozinha. Eles estão juntos há onze anos, incluindo os seis em que ela recuperava-se da hemorragia cerebral. Quando estava internada, seu prognóstico de vida era muito ruim, e seu marido afastou-se, pois tinha dificuldades em ficar muito tempo no hospital. Os odores e o ambiente lhe incomodavam muito, o faziam lembrar quando ele mesmo esteve hospitalizado por conta de um grave acidente. Após o retorno a casa, seu companheiro lhe disse que não poderia viver com uma mulher com deficiência. Ela relata que ao ouvir isso “foi terrível, mas ao mesmo tempo isso me impulsionou ainda mais. Eu não tinha outra escolha se eu não quero que se livrem de mim. Então, meu medo naquela época não era tanto a nível sentimental com o risco de ser abandonada. Meu medo era que me colocassem em um centro para pessoas, ou mesmo em um hospício”.

A partir de então, a relação com seu companheiro passou a ser muito difícil. Violeta se diz apaixonada, mas ele lhe faz muitas exigências, e ela esforça-se para agradá-lo e satisfazê-lo, principalmente após a doença, pois teve medo de ser abandonada. Lembra-se que foi seu filho o único homem que sempre esteve ao seu lado, com quem compartilhou as dificuldades

de sua doença e é aquele que lhe traz felicidade. Foi o único filho que lhe ajudou em sua recuperação, talvez tenha tentado salvá-la, como ela mesma fez com sua mãe.

Como explicitaremos, para Violeta, a relação devastadora com sua mãe marcou suas escolhas amorosas com os parceiros sexuais. Ela demandava um lugar em seu olhar, uma demanda de amor e reconhecimento que oscilava muitas vezes na pior face do amor, sua vertente real, de insistência de gozo. O gozo Outro feminino, sem limites em que o importante era ser amada e amar a todo custo, mesmo que tivesse que oferecer seu corpo no lugar do sofrimento do outro.

Violeta conta que desde pequena sempre buscou o amor de sua mãe, que fez “tudo que podia para ser uma boa filha”. Sua mãe a tratava com frieza, diferente da relação que estabelecia com seus outros filhos. Apesar de não lhe faltar nada em termos de cuidados e educação, ela não se sentia amada pela mãe, com quem manteve uma relação conflituosa da adolescência até os trinta anos. Mais tarde, entendera que sua mãe rivalizava com ela por conta do afeto de seu pai, que ele a “amava muito, e isso não agradava minha mãe”. Ela era a filha mais amada por seu pai, escolhida e privilegiada em relação aos irmãos. Violeta dizia que “não era fácil ser tão amada por ele, porque isso causava problemas com minha mãe”. Em outro momento da entrevista ela acrescenta: “Nós disputávamos muito. Eu não me sentia compreendida por ela. Eu me sentia agredida pelo (SILÊNCIO) que ela dizia ou pelo que ela fazia. Por exemplo, eu sentia que ela não me reconhecia como mãe. Ela era perfeita e ela estava sempre dizendo como eu devia fazer com meus filhos e eu não queria, enfim, esse tipo de coisa. E ainda, sempre este problema com o meu pai”.

Somente com a morte do pai que a relação com a mãe se apaziguara, “quando meu pai desapareceu, isso abriu enfim o caminho para eu me encontrar com a minha mãe”. Sua formação em sofroterapia também lhe ajudou a aproximar-se dela. Elas passaram a se comunicar melhor “até por telepatia em uma cumplicidade que fazia com que eu a

compreendesse muito bem”. A relação de rivalidade com a mãe, com a morte do pai convertera-se em seu oposto, em uma entrega simbiótica e ilimitada à mãe, que apareceu no real do corpo com a hemorragia cerebral no mesmo momento em que sua mãe foi hospitalizada, por um tumor no mesmo lugar que o dela no cérebro.

A mãe morreu rapidamente, em três meses após detectarem o tumor. Violeta também estava hospitalizada, paralisada com as sequelas da hemorragia. Ela disse que isso também a motivou a recuperar-se, pois os irmãos não permitiram que ela fosse visitar a mãe naquele estado, não contaram à mãe que ela também havia sofrido um dano cerebral. Felizmente, conseguiu melhorar pouco a pouco e vê-la antes de morrer.

Recentemente, Violeta recordara uma cena quando ainda era bebê. Duas mãos grandes que descem sobre ela no berço e que não lhe provocam medo, mas satisfação. Ao investigar sobre sua infância, contam-lhe que sua mãe teve depressão quando ela nasceu. A família tinha imigrado do Marrocos para a França dois meses antes de seu nascimento. Seu pai passava a semana toda trabalhando em outra cidade e sua mãe sentia muito a falta dele, principalmente por estar em um país estrangeiro. A mãe estava muito deprimida e eram seus irmãos mais velhos que cuidavam dela. O pai retornava à casa todas as sextas-feiras e a tirava do berço com suas mãos grandes, que a traziam grande felicidade. Após contar essa história Violeta conclui com o seguinte relato:

Portanto, este é o primeiro, foi isso que eu encontrei quando trabalhei sobre mim, mas isso se repetiu o tempo todo e, especialmente, nas minhas relações amorosas (...) meu primeiro marido morreu, eu não posso dizer que ele me abandonou, ele não partiu, mas ainda assim, mais uma vez, foi isso. Já este companheiro, eu não posso dizer que ele me abandonou, porque ele me manteve na casa dele, mas ele sempre diz que é a casa dele. Estou na casa dele. Não estamos na nossa casa, e (SILÊNCIO) fico na casa dele, se eu me encaixo bem, ou se eu não fizer isso é um problema. Porque quando há um problema, ele propõe que eu vá, se não corre tudo bem. Então, ali também é um abandono (...) nos primeiros cinco anos estivemos bem juntos, nós nos amamos, ele me parecia ser um homem forte no sentido de que eu poderia contar com ele. E desde que ele teve essa grande dificuldade que eu compreendo, eu não o julgo, mas em todo caso, sim certamente, eu ainda me senti abandonada.

C)A função do amor e da dor para o sujeito

A partir das enunciações de Violeta, podemos inferir que o amor tem uma função primordial em sua vida, é o amor que a orienta, e por isso dedica-se ao outro, doando-se ilimitadamente, pois sem amor ela é lançada no vazio. Transcrevo trechos em que fica evidente o lugar norteador do amor para ela, principalmente após a doença:

(...) o amor é o fio condutor e a parte mais importante da minha vida. Acho que sempre foi assim na minha mente, desde pequena. Isto é o que se passa no primeiro plano, quero dizer o amor não só a relação a um outro, em uma relação de casal, mas o amor em geral. É por isso que eu sempre fui interessada nos seres humanos em geral. E depois a forma como eles funcionam e como eles se comunicam uns com os outros. Então eu poderia tomá-lo como suporte, o fim de semana que eu acabei de fazer, eu fui para Nice. Hum, por 5 dias, o fato de que eu seja voluntária, dá também uma outra dimensão porque eu forneço gratuitamente, eu não fui lá para fazer um serviço pago. Assim, isso dá todo o lugar à relação humana, a troca, a partilha, faz com que vivamos momentos muito intensos, muito fortes. E quando isso pára, fica vazio. Um pouco, um pouco, bom, eu sei muito bem que posso continuar. Mas isso me lembra a cada vez a importância que isso tem para mim. Eu posso viver sem muitas coisas, mas não sem isso, mesmo se eu tiver períodos de isolamento. Ah, a doença acentuou um pouco isso, porque eu precisava me centrar em mim mesma.

A análise da entrevista clínica nos fornece indícios de que o amor tem uma função imprescindível para Violeta, não só em sua vida pessoal, como também em seu trabalho, através de ações voluntárias. Em seu trabalho, ela doa seu amor gratuitamente, está sempre pronta a ajudar o outro. Foi também em uma missão humanitária, oferecendo seu amor aos outros, que ela se recuperou da separação do pai de seus dois filhos mais novos e também como conheceu seu companheiro atual.

O amor faz com que Violeta coloque-se em uma relação imaginária com o outro, entendendo a dor de cada um, que é sentida por ela própria. Assim, o amor e a dor adquirem para Violeta tanto uma função simbólica, já que lhe permitem fazer laço com o Outro, como imaginária, tentando sentir a dor que o outro, seu semelhante sente, colocando-se no lugar dele. Em sua vertente real, o amor vela o gozo de oferecer-se como objeto de jeto para o Outro, podendo sofrer para e por ele.

O mesmo ocorreu quando ela foi tomada pela hemorragia cerebral sem que os médicos detectassem nenhuma causa orgânica que a justificasse. Após um tempo, já em análise, ela

recorda-se do que pensara segundos antes da hemorragia, quando sua mãe encontrava-se doente, com um tumor cerebral: “lembrei-me que no caminho [de casa para o trabalho], eu estava com muito medo pela minha mãe. Pensei em um tumor no cérebro, e falei como se falasse para o céu,... se for possível, eu quero ter o que ela tem”.

A partir da análise do discurso de Violeta, de suas enunciações, temos como hipótese que a hemorragia cerebral, que deixou como seqüela dores crônicas insuportáveis, funcionou para ela como um acontecimento de corpo. Como uma tentativa de circunscrever no corpo, os excessos do gozo feminino. Esse evento corporal, assim como as dores decorrentes dele, nos parecem uma tentativa de barrar, de separar-se de sua posição de gozo de oferecer-se como objeto de gozo para o outro. Conforme explicitado, Violeta repetia com seus parceiros sexuais, a relação devastadora que estabelecera com sua mãe.

4.4.3 Um amor que transborda

Paula tem 48 anos, esteve casada por 21 anos com o pai de seus 3 filhos, um com 25 anos, outro com 19 anos e o mais novo com 13 anos. Ela está separada há 10 anos, e desde o final dessa relação tem dor crônica por todo o corpo. Os médicos a diagnosticaram com fibromialgia. Ela trabalha em uma escola, com crianças, onde conheceu seu último parceiro, por quem esteve muito apaixonada. Essa relação foi muito conturbada e após seu término, há 5 anos, ela ficou extremamente devastada.

A)Relação do sujeito com seu corpo

Paula tem dores crônicas espalhadas pelo corpo há pelo menos dez anos, desde os últimos cinco anos antes de separar-se do pai dos seus filhos. As dores partem da cabeça

“violentamente” e descem pelo lado direito do corpo provocando atrofia muscular. Para ela, seu corpo era “dividido em dois”, um lado que funcionava e outra metade que “não queria responder a nada”. Eram dores constantes como “cortes de facas”, dos maxilares até os dedos dos pés, “mas não no nível do coração”. Ela também tinha muito torcicolo e doenças dermatológicas, que coçavam o tempo todo. Um dia ela “rasgou a pele” de tanto coçar, de tão “insuportável” que era.

Aos poucos ela foi construindo uma maneira singular de lidar com as dores. Os médicos lhe diziam que não havia medicamentos para tratar a fibromialgia, que era necessário que ela fizesse repouso e terapia. Para ela, descansar não adiantava nada, pois quando ficava deitada as dores se intensificavam. As dores só melhoravam quando ela decidia não se “trancar naquele universo”, em seu quarto, sob sua “colcha”. Ela então levantava, tomava banhos quentes, caminhava e ia ver uma amiga. Paula percebeu que quando ela falava, as dores enfraqueciam. Ela dizia: “Meu cérebro ficou aliviado quando passei a pensar em outra coisa, quando eu não ruminei, quando eu pude falar justamente sobre o que eu sentia a uma amiga e, de fato, pouco a pouco, eu senti que pouco a pouco de fato isso se libertava. De repente, estava ali, com uma libertação e um apaziguamento SILÊNCIO e pouco a pouco até em baixo, eis que progressivamente isso desapareceu”.

Nesse momento, Paula percebe que sempre teve uma relação destrutiva com seu corpo. Quando sentia dor, por vezes bebia e fumava muito. Ela se cobrava em excesso, e, para não descontar nos outros, fazia mal a si mesma. Depois que saiu da depressão, Paula mudou a forma de se relacionar com seu corpo. Começou a cuidar dele para que não sentisse mais dor, fez dietas, banhos quentes, massagens, caminhadas. Passou a ter prazer nas atividades corporais, fez então Tai-chi, Chi-Kong e outras técnicas orientais, como a meditação, que a ajudava controlar sua respiração.

Essa transformação em relação à imagem de seu corpo, de ser cuidado, ao invés de

destruí-lo, provocou uma mudança também em relação à vida e uma nova posição diante do amor. Despertou o interesse por coisas que lhe davam prazer, como viajar, dançar, conhecer outras pessoas e estar mais com os filhos. Quando fez sua primeira viagem longa sozinha, teve medo de ter suas dores e não ter ninguém para socorrê-la. Mas disse a si mesma: “vai que você consegue, mesmo com a presença das tuas dores, às vezes com as dores eu não posso andar, por exemplo, eu disse a mim mesma se isso acontecer com você lá, que você entre em pânico, se você tiver os seus medos de pânico como você vai fazer”. Apesar das limitações, viajou a Cuba sozinha, dançou muito, fez novas amizades e não sentiu nenhuma dor.

A partir do que foi explicitado, observamos que Paula passou a se relacionar com seu corpo de forma a lhe trazer menos sofrimento, menos dor. Essas mudanças repercutiram nas três dimensões do corpo. Em relação ao corpo imaginário, notamos sua preocupação com sua aparência, cuidando de sua imagem. A transformação no corpo simbólico permitiu que Paula estabelecesse novos laços com os Outros. Quanto ao seu corpo real, houve uma redução dos excessos do gozo feminino que apareciam como dor, na tentativa de circunscrevê-lo no corpo. Paula parece conceder mais com a posição não-toda do gozo feminino, ao invés da reivindicação fálica, ou a outra vertente da devastação de oferecer-se enquanto objeto-dejeto.

Essa nova posição em relação a seu corpo fica evidente em suas palavras:

O que realmente orienta a minha vida, tanto pessoal como impessoal, profissional e neste momento, eu oriento minha carreira para a natureza, a floresta, enfim, os jardins, enfim, é isso, é realmente algo que emerge de minha casa hoje. Então isso toma um grande lugar. Depois disso, é o desejo de contato com os meus netos, porque eu sei que vou ter um dia e isso é simplesmente a felicidade. E depois dizer a mim mesma que eu sou uma pessoa de bem. E que eu tenho vontade de fazer as coisas bem, não só para mim, mas para as pessoas que eu amo. E também para as pessoas que retornam, especialmente. E os outros, pior para eles. Então, agora, houve a oportunidade, muito recentemente de dizer a mim mesma que, como eu sou aquela que eu sou e eu realmente acho que tenho qualidades, tenho falhas como todo mundo do mundo, mas é isso o amor, e a vontade de dar, o desejo de ser amado o tempo todo, que me leva a projetos de vida, mas não projetos amorosos, não é amor.

B) Posição do sujeito em relação ao amor

Paula teve uma relação tranquila com o pai de seus três filhos durante 21 anos. Os dois dedicaram-se muito ao amor aos filhos, deixando de lado a relação entre o casal. Ela acostumou-se com a vida rotineira e, apesar de não estar realizada enquanto mulher, manteve o casamento por alguns anos por questões religiosas. Depois, a duras penas, decidiu separar-se, pois “não o amava mais e que era um pouco vergonhoso”, pois seus pais lhe diziam que essa história não poderia ser interrompida, que ela não podia partir.

Após a separação, ela teve uma forte depressão, que apareceu lentamente depois de seis meses, mas que durou quase um ano, tempo em que Paula ficou afastada de seu trabalho. Esse período de depressão preocupou muito a todos, principalmente seus filhos. Foi assim que procurou um analista, para falar de amor, retornava sempre a cada sessão para falar de amor, do amor entre homens e mulheres, do amor por seu pai, por não se sentir amada pela mãe, do amor por seus avós e do amor por seus filhos. Ela relata como se sentia durante a depressão: “a mulher que eu era não existia mais completamente, minha alegria de viver, minha vontade de fazer muitas coisas, era verdadeiramente restrita e eu estava em pedaços, estava verdadeiramente em pedaços”.

Para Paula foi o amor que a ajudou a sair da depressão. Um novo amor que surgiu repentinamente, sem ela esperar, ao qual entregou-se perdidamente. Ela depositou todas as esperanças nesse amor, como se esse homem fosse salvá-la do vazio que sentia, como se ele pudesse fazê-la existir novamente, dar consistência a seu ser de mulher. Ela fala desse amor como uma “renovação”, um “renascimento”, apesar de não ter feito passar as dores, pois esse homem teve medo de viver essa história.

A relação entre eles durou cinco anos, mas foi sempre muito difícil, apesar de se amarem muito. Havia muitas brigas, marcadas por agressões verbais, haviam perdido o respeito um pelo outro. Ele não tinha filhos, e ela tinha três meninos, com quem ele não suportava muito estar, apesar de seus esforços. Então ela se dividia, entre mãe e mulher,

quando estava com ele não podia estar com os filhos, e vice-versa. Com ele viveu a “plenitude”, sentia-se “satisfeita”, em nome desse amor ela esqueceu um pouco seus filhos, pois ele impôs a ela que não falasse deles. Essa situação era muito difícil para ela, principalmente porque ele queria ter um filho, e ela não podia lhe dar.

Para ela, o fato de não poder ter mais filhos fez com que ele a deixasse há dois anos. Em suas palavras: “este era o meu desejo acho que ter um filho comigo e vendo que não era possível para ele, se tornou doloroso”.

Toda vez que eles conversavam sobre a possibilidade de separação, faziam muito mal um ao outro. Paula não conseguia deixá-lo partir e se agarrava a ele, apesar dele mantê-la à distância, longe de sua família e amigos. Tinha muito medo da solidão, pois nunca havia ficado sozinha e não aceitava a separação. Não sabia o que fazer com esse excesso de amor por ele, e isso retornava para ela de forma devastadora. Cito-a: “ele me colocou para fora e este amor que eu queria dar SILÊNCIO o tempo todo, porque estou sempre transbordando de amor em mim e bem SILÊNCIO, isso não encontrou solução”. Sem esse amor ela ficou “perdida”, ficou dois anos sendo muito infeliz.

Ao longo desses anos tiveram alguns reencontros, mesmo que uma pequena troca de olhares ao se cruzarem na rua, que “reacendia a chama”. Depois desses encontros ela ficou muito mal, seu lado direito do corpo voltou a doer, ela tinha “reavivado as dores” e como não conseguia fazê-las passar, “voltou para a cama” e isolou-se por cinco dias. Não conseguia mais comer, falar, chamar seus amigos, ficou novamente doente, tomada pela dor que foi provocada por essa reaproximação. Cito-a: “fazia muito tempo que eu não tinha um relacionamento com este homem e de repente ele reapareceu como se tudo fosse recomeçar e eu acreditava nisso”. Esses reencontros deixavam-na muito insegura afetivamente, pois ele era sempre ambivalente, pedia para encontrá-la e depois desaparecia por semanas, depois reaparecia.

Assim, Paula colocou-se em uma posição de eterna espera, à mercê desse homem, que a tratava como objeto-dejeto, que podia ser descartada a todo o momento, e ela consentia em ocupar esse lugar. Sem o amor, Paula não se sustentava, ficava invadida por esse excesso de gozo, de dom do amor, devastada, e isso aparecia no corpo como dor. Transcrevo sua fala: “eu não era mais nada, na verdade eu não me tornei mais nada mais uma vez”.

Depois que se recuperou, pôde mudar sua posição subjetiva em relação a esse homem, passou a evitar lugares em que podia encontrá-lo, para que isso não lhe fizesse mal. Paula sabia que ele também ficava abalado nesses encontros, mas não como ela, pelo fato de ele ser homem. Para ela, a feminilidade implica em uma forma de amar sofrida, diferente da forma de amar masculina. Cito-a: “o amor era tudo”, “não se pode viver sem o amor, não se pode viver assim, tudo é questão de amor”. Se o amor era tudo, sem o amor ela não era nada, isso nos indica sua dificuldade com a posição feminina, com o não-todo. Na parceria amorosa ela entregava-se toda para o homem, fazendo-se de objeto-dejeto ao invés de causa de desejo, não deixando faltar nada.

Quanto mais amor dava, mais demandava amor, ficando cada vez mais devastada, arruinada. Ela queria encontrá-lo para falar mais e mais desse amor, exteriorizá-lo em palavras. Essa necessidade de falar o que sentia era “inesgotável”, pois era “sempre alimentada”, tinha “vontade de falar sobre tudo, sem, sem, assim, sem SILÊNCIO, sem barreiras, sem SILÊNCIO sem esta verdade que está sempre aí”. Para ela a posição feminina consistia nesse modo de amar, sofrido. Em suas palavras: “eu sei que ele não sofre assim, porque ele é homem e é diferente com um homem sem dúvida, mas eu, de fato, tanto que estou assim, eu realmente tenho muita feminilidade e eu quero realmente. Sempre contou para mim ser uma mulher assim...”

O modo de Paula amar os homens repetia a relação devastadora que tinha com sua mãe. Viveu isso principalmente com o pai dos seus filhos, com quem ficou casada por 21

anos. Dizia que ele “era no masculino” o que sua “mãe era no feminino”. Sua mãe era muito severa e possessiva, não suportava uma aproximação física, por isso nunca podia abraçá-la. Queria sempre saber de tudo, a superprotegia, pois não queria que lhe fizessem mal. Isso deixava Paula sufocada e rebelde, sobretudo na adolescência. A mãe exigia que ela fizesse muitas coisas que ela não queria, “ela não respeitava quem eu era”.

Na adolescência, por volta dos 12 anos, Paula sofria de anorexia e bulimia. Fazia isso apenas em um dia na semana, primeiro era na quarta-feira, depois mudou para quinta-feira, ela comia, comia e depois provocava o vômito. Anos mais tarde, descobriu que sua irmã fazia o mesmo, e sua mãe nunca soube de nada. Essa era a forma que Paula encontrou de separar-se da mãe, no real do corpo, de dizê-la que ela não podia controlar tudo.

Desse modo, escapava de ficar no lugar de objeto da mãe. Paula reconhecia nessa atitude uma forma de expressar sua profunda irritação com o excesso de cuidados da mãe, que a invadiam. Ela sentia-se perseguida pela mãe e isso só melhorou quando fez 20 anos, na época que conheceu o pai de seus filhos. Eles se casaram e ela foi viver sua vida à sua maneira, longe da mãe.

Por conta dessa relação difícil com a mãe, Paula sempre disse que não queria ter filhas, não queria ter uma menina, ela tinha medo de reproduzir o mesmo tipo de relação. E, de fato, ela teve três filhos homens. Para ela há uma rivalidade entre mãe e filha que é muito destrutiva e intrusiva. Identifica-se com alguns aspectos da mãe como a possessividade, e não queria fazer o mesmo com uma filha. Isso se repetia em suas relações amorosas, por isso tinha dificuldades em separar-se dos homens. Em suas palavras: “Há sempre uma ideia de dominação. E, SILÊNCIO, eu volto no tempo, SILÊNCIO + e é aí que eu digo que me desapropriam, porque eu procuro ser pega por isso, na verdade. Por isso, me fazem coisas e depois eu me dou conta que eu sofro porque eu quero continuar, mas não consigo, eu tenho que dar o tempo todo. E eu acho que isso sempre foi assim na minha vida”.

Com seu pai, tinha uma relação totalmente diferente, muito intensa e amorosa, de grande cumplicidade. Ele a adorava e passavam bons momentos juntos apreciando a natureza, caçando, pescando e ouvindo música. O pai era uma pessoa muito doce e impulsiva ao mesmo tempo. Colocava-a em um “pedestal”, então quando “estava com o pai, tudo ficava bem”, estava sempre feliz. Sua mãe dizia que ela era a “cara do pai”, que eles eram idênticos. Sua mãe tinha ciúmes de sua relação com o pai, e estava sempre se intrometendo entre eles.

A relação entre seus pais era muito conflituosa. Sua mãe estava sempre infeliz, desde que seu pai disse que ia deixá-la, no início do casamento. Ela não o deixou ir e desde então tem dores físicas constantes, principalmente do lado direito do corpo, como Paula. Mas sua mãe nunca procurou tratamento. Recentemente, a mãe lhe disse que estava feliz. Isso a deixou “chocada”, pois logo agora que seu pai estava com câncer, sua mãe dizia-se feliz. Paula acha que agora eles estão bem juntos, talvez porque um dependa do outro.

Como os pais trabalhavam durante toda a semana, seus avós foram morar com a família. Ela foi então educada pelos avós até os catorze anos. Eles eram muito amorosos e lhe permitiam fazer muitas coisas que eram proibidas por seus pais, como andar descalça, ir às festas do vilarejo, provar comidas, etc. Por essa proximidade, quando sua avó morreu, ela sentiu como se tivesse perdido sua mãe. Em suas palavras: “ela simplesmente tinha ido embora e ela sempre me dizia que me amava, o que minha mãe nunca me disse, e minha avó sempre me dizia que me amava, sim. E quando ela se foi, foi terrível. O mundo desabou. E depois, bem depois de eu tive que fazer todo esse trabalho para... para aceitar a minha verdadeira mãe. Já que a minha mãe... minha avó não era minha mãe”.

A partir da fala de Paula, notamos que a relação com sua mãe foi sempre marcada por conflitos e rivalidade, uma devastação mãe-filha. Possivelmente por seu pai demonstrar amá-la mais do que sua mulher, sua mãe tenha elegido a filha no lugar da Outra, da alteridade do gozo feminino em que a mulher é Outra para si mesma. Desse modo, Paula não se sentia

amada pela mãe, demandando sempre mais amor e reconhecimento. Como não era correspondida em sua demanda de amor infinita, esta retornava para ela como devastação, colocando-se como objeto-dejeto para agradá-la a todo custo, na esperança de ser amada.

A posição de Paula frente ao amor materno repetia-se com em suas parcerias amorosas. Primeiramente com o pai de seus filhos, que, segundo ela, ocupava o mesmo lugar de dominação que sua mãe, e depois com o último parceiro com quem ela manteve uma relação devastadora, lançando-a em um vazio absoluto, sentindo-se mais do que nunca abandonada. A devastação evidencia o sem limites do gozo feminino, conforme explicitado nessa entrevista clínica.

O início de uma análise permitiu a Paula uma mudança subjetiva em relação à sua posição de gozo, de como se colocava nas relações amorosas, pronta a servir como objeto de gozo do Outro, para qualquer coisa. Em suas próprias palavras: “inicialmente, eu acho que eu levava umas bofetadas e oferecia a outra face e, em seguida, em um dado momento, eu disse a mim mesma espere, mas você vai fazer isso por toda a sua vida. Fazem mal a você, e você deixa, você continua a querer fazer o bem ao seu redor, enquanto tu persegues quase nada”.

C)A função do amor e da dor para o sujeito

Há 10 anos, Paula se apaixonou “loucamente”, teve “uma amor à primeira vista, mas realmente um amor à primeira vista, isso que a gente chama quando nos atinge e a gente não espera de modo algum”. Esse amor inesperado lhe deu forças para sair da situação em que se encontrava. Estava “martirizada pelas dores, tentava amar, mas não conseguia mais”, após separar-se do pai de seus filhos.

Quando esse homem, por quem ela era completamente apaixonada a deixou, suas dores retornaram. Após iniciar uma análise, Paula associa as dores às suas dificuldades na

esfera amorosa. Para ela como “não estava curada” em sua “cabeça”, isso provocou diretamente sofrimentos em seu corpo, que ela não conseguia parar. Em suas palavras: “é verdade que este sofrimento eu acho que é relacionado, que está ligado sim ao fato de que, para mim, o amor que é o que é a vida. E vendo que eu não era amada como eu queria, acho que se transformou em sofrimento”.

A partir desse trecho de sua fala, parece-nos evidente que a devastação feminina pode manifestar-se no corpo através de dores crônicas. Como não era possível para ela elaborar a perda amorosa simbolicamente, isso aparecia no real de seu corpo como uma dor. Com o tempo, identificou que em certos momentos poderia controlar as dores, que era uma questão de vontade, de decisão. Ela dizia: “quando eu decidia parar com isso, depois disso tomava proporções que eram sustentáveis”.

Nesse sentido, o gozo não estava na dor, em sentir dor, como em uma posição masoquista, do prazer em sentir dor. A dor tinha uma função para Paula, era uma solução para localizar, esse excesso, esse transbordamento de amor presente no gozo feminino, nessa forma erotomaniaca de amar, que demandava sempre mais amor.

Após a última relação amorosa devastadora, que a deixou deprimida e com ainda mais dores por todo o corpo, Paula encontrou uma solução menos sofrida para lidar com o amor, e não mais se valia da dor como recurso. Transcrevo suas palavras: “eu não tinha escolha, eu acho, eu cheguei ao fundo do poço e no fundo do poço, em vez de parar no fundo do poço e depois não dizer não, não há mais nada, então você não avança, hum (FALA MENOS FORTE), é preciso que você ache as suas soluções”. Como solução, leu muito sobre a solidão, pois antes não podia suportar ficar só, sem o amor de um homem.

Por fim, quando perguntada se gostaria de acrescentar algo sobre o tema, Paula nos indica o que Lacan (1972-1973) propõe com as fórmulas da sexualização sobre a posição feminina. A análise do discurso de Paula nos aponta que algumas mulheres encontram na

devastação uma forma para lidar com o gozo-feminino, Outro, suplementar, causando-lhes grandes sofrimentos permeados pela angústia e até, como em nossa hipótese de tese, pelas dores crônicas. No entanto, é preciso que cada mulher possa inventar um novo modo de lidar com esse gozo que lhe ultrapassa. Orientando-se do necessário, daquilo que não cessa de se escrever, que seria uma vertente real do amor, de puro gozo, ao contingente, daquilo que cessa de se escrever, que inclui a falta. Transcrevo sua fala:

(...) eu acho que uma mulher, que ela não deve se esquecer em uma relação amorosa. SILÊNCIO. Porque a perda de si, é hum, é destruidor. E eu acho que é preciso que as mulheres aprendam a dar com muita medida e moderação, porque tendo em vista como elas são feitas, hum, de muita sensibilidade, muita..., sempre vontade de dar mais. Eu acho que, eu acho que alguns homens, alguns homens podem abusar. Bem, isso é o que eu queria dizer.

O relato supracitado nos indica o modo como Paula posicionava-se em relação ao feminino, de dar-se toda para um homem, e como uma mudança subjetiva pode se operar em direção ao não-todo, “dar com moderação”, não se dar toda. Essa mudança fez com que ela se responsabilizasse sobre seus sintomas, que se manifestavam em seu corpo como dor crônica, e que, embora não tivesse encontrado a “chave para isso”, ela “se recusa a tê-los”. Sobre essa retificação subjetiva em relação ao término da última relação amorosa ela diz:

(...) eu tinha orgulho de dizer que eu recuei. Eu estava sofrendo, com certeza. Eu sofreria ainda, é claro, mas, em qualquer caso, eu acho que me faria menos mal, porque eu tive esse tempo de recuo, na verdade. Eu não queria. Porque eu não queria a solidão, eu não queria ver o meu rosto. Eu não queria, mas SILÊNCIO é um bem que vem para o mal, ou um mal que vem para um bem, um mal que vem para o bem porque eu acredito, hoje, e eu disse, ninguém tem mais o direito de fazer isso com você e não me fizeram mais. E SILÊNCIO e isso me faz me sentir bem em compensação. E é por isso que tenho muito menos dor, eu acho.

4.5 A dor como parceiro-sintoma

A partir do que foi discutido nessa tese sobre a posição feminina frente ao gozo Outro, tal qual proposto por Lacan (1972-1973) nas fórmulas da sexuação, podemos inferir que, para algumas mulheres, a relação com o amor é de devastação. Frente ao desamparo, na mulher devastada, a demanda infinita de amor retorna para si. Para amar é preciso falar, é por meio da

fala que se pode dar: a falta-a-ser (MILLER, 1998b, p. 102). Falando de amor, o que não é em absoluto necessário, uma mulher pode amar mesmo na ausência do homem amado, sustentada por cartas ou juras de amor eterno. Em uma entrevista concedida a uma revista de psicologia francesa, Miller (2008) é convocado a discorrer sobre o que a psicanálise ensina sobre o amor.

(...) amar é reconhecer sua falta e doá-la ao outro, colocá-la no outro. Não é dar o que se possui, os bens, os presentes: é dar algo que não se possui, que vai além de si mesmo. Para isso, é preciso se assegurar de sua falta, de sua "castração", como dizia Freud. E isso é essencialmente feminino. Só se ama verdadeiramente a partir de uma posição feminina. Amar feminiza. (MILLER, 2008, p. 3)

Para suprir o que falta, imprime-se para um sujeito o sintoma. Para Miller (1998a, p. 30) “o sintoma inscreve-se no lugar do que se apresenta como falta, falta do parceiro sexual natural. O sexo não designa um parceiro sexual natural, é insuficiente para aparelhar”. Se o parceiro sexual não é determinado pela diferença entre os sexos, o que condiciona essa escolha? Miller (1998b) elabora a teoria do parceiro-sintoma (MILLER, 2002) e afirma que o verdadeiro parceiro do sujeito é sua forma de gozar. Isto implica que há endereçamento do sintoma que faz laço com o Outro. Assim, toda parceria seria sintomática, pois um falasser só se dirige a Outro a partir de seus modos de gozo, de seu sintoma.

Brodsky (2008) afirma que o sintoma é um parceiro do sujeito, talvez o mais fiel, pois porta um gozo que supre a inexistência da relação sexual. Este modo de suplência, apresenta soluções diversas para homens e mulheres que dizem respeito à particularidade de cada um na lógica da sexuação (LACAN, 1972-1973). O parceiro torna o sintoma tolerável para o sujeito, atenua o impossível de suportar. Por essa razão, nos indica Lecoecur (1998), é indispensável que a clínica do sintoma não ignore o mais-de-gozar que introduz o parceiro entre o sintoma e o sujeito.

O termo parceiro-sintoma, concebido por Miller (1998b), está em consonância com a noção de falasser que no último ensino de Lacan vivifica o corpo, juntando a noção de sujeito à de gozo. O falasser comporta um corpo vivo, que fala e goza ao falar, enquanto o sujeito é sempre mortificado, definido como falta-a-ser. Este autor define o falasser como “o sujeito

mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante” (MILLER, 1998b, p. 102). Assim, o autor esclarece que introduziu a terminação parceiro-sintoma para evidenciar o conceito de grande Outro para o sujeito barrado \$, como simétrico ao parceiro para o falasser. O termo parceiro-sintoma considera o Outro, um corpo vivo, sexuado, permeado pelo gozo.

O sintagma parceiro-sintoma pode ser definido como: “a relação do parceiro supõe que o Outro torna-se o sintoma do falasser, isto é, torna-se um meio de gozo (MILLER, 1998b)”. Quer dizer que é um modo de gozar, inconsciente, do corpo do Outro. Seguindo esta proposta o parceiro-sintoma seria uma nova acepção do grande Outro, mas que inclui o gozo. A partir dessa orientação, questionamo-nos em que condições o falasser se serve do Outro para gozar? Miller (1998b, p. 107) esclarece que embora o gozo seja do Um, autoerótico, ele se produz através do corpo do Outro, sendo ao mesmo tempo aloerótico ou fora do corpo.

A partir da fórmula da sexuação proposta por Lacan (1972-1973), é possível dizer que o parceiro-sintoma do homem se estrutura como todo x , tomando o a , enquanto que do lado feminino sob o significante não-todo (LACAN, 1972-1973, p. 109). O gozo do homem torna possível, contabilizá-lo. Enquanto que para a mulher, é necessário que o parceiro tome contorno de não-todo. Desse modo, para amar é necessário que haja a castração, que algo falte. Por isso se pode deduzir que é natural amar uma mulher, pois ela encarna o Outro barrado. Mas para amar um homem é imprescindível castrá-lo imaginariamente. Nas palavras de Lacan:

De fato, por que não admitir que, se não há virilidade que a castração não consagre, é um amante castrado ou um homem morto (ou os dois em um) que, para a mulher, ocultar-se por trás do véu para ali invocar sua adoração – ou seja, no mesmo lugar, para além do semelhante materno, de onde lhe veio a ameaça de uma castração que realmente não lhe diz respeito? (LACAN, 1998b, p. 742)

Para Lacan, “aquilo que dá suplência à relação sexual é precisamente o amor” (LACAN, 1972-1973, p. 44). Se não há o encontro entre os sexos, quer dizer, um saber sobre a sexualidade do homem e da mulher, o que pode haver entre eles é o amor como sintoma possível, que faz laço. Quer dizer que não há uma condição necessária para ambos os sexos

que os faça complementares (Miller, 1989).

A impossibilidade do encontro entre os dois sexos deve-se à inexistência do significante que designa o que é uma mulher, isto se faz questão tanto para o homem quanto para a mulher. O significante sexual por excelência é o masculino, sendo o feminino representado como ausência, ou menos, - *phi*. Se a mulher não existe, pois não há o conjunto das mulheres, ela só pode ser tocada uma a uma (LACAN, 1972-1973). Este aforisma lacaniano também diz respeito à falta de atributos, significantes para nomear a mulher na partilha sexual.

É por isso que a não-relação sexual pressupõe que há um desencontro entre os sexos, pois não é possível dizê-los. Trata-se de um furo na linguagem, impossível de ser escrita em termos simbólicos (LACAN, 1972-1973). O biológico, a natureza sexual não serve para dizer o que é um homem e o que é uma mulher. Isso faz com que, na partilha sexual, a posição adotada na escolha de um objeto de investimento libidinal seja diferente para cada um dos sexos (MILLER, 2003a). Se para Lacan (1972-1973) o gozo da mulher é não-todo, ilimitado, Outro, quer dizer que não está totalmente referido à lógica fálica, enquanto o gozo do homem é fálico, limitado, circunscrito e até passível de ser contado. Assim, este autor infere “que se a posição do sexo difere quanto ao objeto, é por toda a distância que separa a forma fetichista da forma erotomaniaca do amor” (LACAN, 1958e, p. 742).

A erotomania aproxima a mulher não-toda da loucura (LACAN, 1972-1973). As mulheres são, portanto, loucas de amor, mas não completamente, o que diferencia este modo de amar do delírio. Besset (1998, p. 191) nos esclarece que “a especificidade da condição feminina indica bem que a inscrição na ordem fálica se dá, mesmo que não completamente, para esses sujeitos da linguagem”.

A partir do termo parceiro-sintoma, questionamo-nos: quando um parceiro se torna o parceiro-devastação para uma mulher? Miller (1998) nos indica: quando a demanda de amor

em seu caráter infinito retorna ao falasser feminino. O sujeito no feminino sob a lógica do não-todo se dirige ao parceiro pela demanda de amor, e isto regressa para a mulher como devastação.

Nesse sentido, a partir da análise dos estudos clínicos de nossa pesquisa, entendemos que uma dor crônica teria, para certas mulheres, a função de localizar o gozo feminino no corpo, barrando de certa forma essa demanda infinita dirigida ao parceiro-sintoma. Para nós, a dor poderia ocupar o lugar do parceiro devastador para alguns falasseres femininos. Como nos indica SANCHEZ (2011):

(...) el goce no vuelve partenaires a los seres hablantes, ¿lo logrará el amor, si relacionado con el Uno, nunca saca a nadie de uno mismo? Tal vez, solo sintomáticamente pueda haber amor por otro. Hablar de amor, es un goce. Pero más que se hable, por más que se invente, del amor nunca se llega a saberlo todo. (SANCHEZ, 2011, p. 104)

Essa perspectiva é coerente com a noção de corpo vivo, permeado por sua substância gozante, proposta por Miller (2004a, 2010), na qual o endereçamento que se dirigia ao Outro, para nós, a um suposto parceiro devastador, é substituído pelo corpo próprio, pelo Um corpo (COHEN; MIRANDA, 2012). Assim, nos parece, que para alguns falasseres femininos, a dor sobreviria quando não há mais recursos simbólicos para elaborar uma perda, ou um excesso de gozo, aparecendo no real do corpo como uma dor que faz limite.

4.6 Entre o discurso médico e o discurso do analista: que tratamento possível para a dor crônica?

A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou de seu pensamento. Surpreendente é haver resposta e que em todos os tempos a medicina tenha acertado na mosca por meio de palavras. Como era antes de o inconsciente ser discernido? Uma prática não precisa ser esclarecida para operar; é o que se pode deduzir. (LACAN, 1973, p. 19-21)

A discussão proposta nessa tese, sobre a dor crônica como um efeito da devastação

feminina no corpo nos impeliram a pensar em um tratamento possível, para esses sujeitos, que considere a interlocução entre a psicanálise e a medicina. Muito embora esses dois campos de saber abordem o sujeito e o sintoma de forma totalmente diferente, esses casos nos indicam que a direção do tratamento para a dor crônica deve considerar o universal do organismo, sem deixar de lado o singular de cada Um: seu modo de gozar.

A medicina trata a dor crônica a partir de um saber científico que entende um sintoma corporal como uma falha que deve ser reparada, enquanto a psicanálise está fora do saber da ciência, pois trabalha com um saber que inclui a falha, que atribui ao sintoma à verdade do sujeito (GAGLIANONE, 2008). Assim, concordamos com Geller (2012) que:

No se puede ser indiferente al tratamiento que le da la medicina donde a veces la dimensión de objeto es ineludible. Es decir la ciencia que reduce a cero cualquier aproximación aunque sea en su mínima expresión de lo que llamamos un sujeto. El psicoanálisis demuestra, o se esfuerza en demostrar, la existencia de un sujeto ético. (GELLER, 2012, p. 9)

A partir de nossa experiência clínica com sujeitos que sofrem de dor crônica, notamos que muitas vezes a medicina porta um saber autoritário, um saber *a priori* sobre o sujeito, que deve ser enquadrado e classificado nos padrões existentes. Nesse sentido, para nós o médico encarnaria o do discurso de mestre que, como veremos, tal qual o discurso do capitalista, exclui o que é singular a cada um, enquanto o discurso do analista, o inclui. Para tal, nos valeremos da teoria dos quatro discursos proposta por Lacan (1969-1970) como modo de pensar o laço social, ao estabelecer ao mesmo tempo uma ligação e uma impossibilidade entre o sujeito e o Outro. A fim de avançarmos nessa discussão, sobre o lugar da medicina e o da psicanálise, privilegiaremos apenas dois desses discursos, o do mestre – e sua variação moderna, o discurso do capitalista –, e o do analista.

A estrutura de um discurso se constitui a partir da relação de um significante com outro significante e indica uma organização do modo de gozar. Assim, as letras ou os elementos dispostos nos discursos resultam da lógica do significante que estão inscritos na linguagem (COHEN, 2006). Cada discurso se constitui de uma fórmula matemática, composta

por quatro elementos: S1, S2, *a* e \$, além da flecha (→) que se refere à impossibilidade, e a barra (—) que significa divisão. Tudo que está abaixo da barra constitui o material recalcado.

O S1 representa o significante-mestre ou primordial, aquele que funda o sujeito. O S2 é o significante no campo do Outro, também concebido enquanto o saber do Outro. Ele abrange todos os outros significantes que provêm do Outro e se distingue do significante-mestre. O \$ surge a partir da intervenção do S1 no campo já constituído de outros significantes, quer dizer do S2. Dessa operação se produz uma perda, um resto que constitui o motor para o funcionamento de cada discurso, representada por uma letra: o objeto *a*.

Discurso do Mestre

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

No discurso do mestre temos no lugar de agente o significante mestre (S1), “que é a função de significante sobre a qual se apoia a essência do senhor (LACAN, 1969-1970, p. 29)”. No lugar da verdade, o sujeito barrado (\$), no lugar do Outro, o saber (S2), enquanto campo próprio do escravo, e no lugar da produção, o objeto *a*, como pura perda.

Para Lacan (1969-1970) o objeto *a* é um mais-de-gozar, um gozo que não se paga, um desperdício produzido a partir de uma repetição, que resulta em uma perda de gozo.

Discurso do Analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

O discurso do analista é um discurso inédito no qual o objeto *a* ocupa o lugar de agente, “razão pela qual se manifesta uma posição política, uma vez que ele provoca a divisão no sujeito (\$) e se instaura o saber de uma verdade recalcada (COHEN, 2006, p. 58)”. Esse discurso se dirige a um saber – inconsciente – sobre o \$, e é precisamente esse saber que é excluído pela ciência. O saber, S2 está no lugar da verdade de um semi-dizer, uma verdade não-toda, enquanto que o que se produz é o significante-mestre, S1. O analista na posição de *a*

causa o sujeito a interessar-se por seus significantes-mestres que se encontram recalçados.

A particularidade desse discurso implica em ser o único que considera o lugar do outro enquanto sujeito (barrado), por se posicionar diante desse como semblante de objeto *a*. Quer dizer que ele não é o objeto *a*, o analista apenas se faz de, aparenta ser esse objeto para dar lugar ao analisante enquanto sujeito. Na experiência analítica há apenas um sujeito, o analisante, e um objeto, o analista. Desse lugar de objeto *a*, o analista coloca-se em posição de causa de desejo, de não-saber, impulsionando o sujeito a falar sobre o que ele próprio sabe – inconscientemente - e que desconhece sobre si (LACAN, 1969-1970). No discurso do analista, o S2 fica no lugar da verdade, e assim como a verdade, o saber só se pode tocá-lo pela metade, pois é sempre não-toda, acessível apenas por um semi-dizer (LACAN, 1969-1970).

Para pensar o laço social na contemporaneidade, Lacan (1969-1970) propõe o discurso do capitalista ou do mestre moderno, diferenciando do mestre antigo por uma mudança de lugar do (S1) significante-mestre, com o (\$) sujeito barrado. Para Cohen (2006, p. 60), “tal inversão tem como objetivo indicar a dependência do sujeito em relação ao mais de gozar”. Isto porque a exploração capitalista e a sociedade de consumo torna o saber do sujeito inútil, pois o desqualifica. Lacan (1969-1970, p. 32) afirma que em contrapartida lhe é devolvido um saber de senhor, assim “o que sobra é exatamente, com efeito, a essência do senhor – a saber, o fato de que ele não sabe o que quer”.

Discurso do Capitalista



No discurso do capitalista, o sujeito age apenas a partir dos significantes-mestres (S1), isso implica em não se endereçar ao (S2) enquanto um significante proveniente do campo do Outro, excluindo-o do laço social. A medicina, como opera a partir de um saber científico,

encarnaria o discurso do capitalista, pois se dirige ao Outro enquanto objeto de gozo, suscetível a mera manipulação de um corpo mortificado. O médico, na qualidade de especialista, porta um saber *a priori* e absoluto sobre esse Outro, não se interessando pelo que é próprio ao sujeito. Assim, como no discurso do capitalista, o discurso científico não quer saber nada da castração, que divide o sujeito, e do gozo, que vivifica o corpo dos falasseres.

Como nos indica (BESSET *et al.*, 2010a):

É próprio à estrutura do discurso um certo tratamento do gozo, entretanto, o discurso da ciência por tomar o real pela verdade, foraclui a singularidade como traço diferencial do ser falante. O produto é o retorno sobre o corpo de um gozo onde a única medida possível fica reduzida a ele próprio, a arranjos onde o corpo é tomado como substrato direto, sem intermediação. No mesmo movimento, o que serviria para dar um tratamento ao gozo, advém como um imperativo - o real não se reduz à verdade. O imperativo "Goza!" leva o humano até o ponto onde o corpo perde seus limites - onde não há Outro para localizá-lo! (BESSET *et al.* 2010a, p. 11-12)

A dor crônica, para alguns falasseres femininos, insere-se nesse contexto como uma tentativa de localizar os excessos do gozo, do dom do amor, no corpo. Ao buscarem tratamento para alívio da dor, muitas vezes encontram médicos que trabalham a partir do discurso científico, que, tal como o mestre, estão a serviço de um bem normatizador, sem espaço para a contingência do caso a caso. O fragmento abaixo, extraído da entrevista clínica com Violeta, nos indica que aquele que ocupa o lugar do mestre, o médico, acredita ter um saber *a priori* sobre o Outro, não permitindo a emergência do sujeito, nem das exceções.

(...) eu também estava em contato com médicos que achavam que tinha acabado para mim, e mantinham para mim um discurso assim, é preciso haver uma razão. Hum (SILÊNCIO) e, depois, queriam que eu passasse por tratamentos hum... antidepressivos, eu recusei totalmente. Eu não queria tudo isso. Eu queria manter ao máximo as faculdades mesmo que fosse difícil.

Em outro momento da entrevista, quando Violeta fala da época em que sofreu a hemorragia cerebral, logo após sair do coma, na UTI, notamos como o saber do especialista assume uma posição autoritária, por vezes culpabilizando o sujeito por suas escolhas. Após várias consultas médicas, lhe foi esclarecido que seu tumor cerebral poderia ser removido com uma cirurgia, mas essa intervenção teria 80% de chance de deixá-la no mesmo estado em que se encontrava logo depois do acidente. Cito Violeta:

(...) eu escolhi não fazer a operação. Hum, eu escolhi confiar na vida, em mim mesma, e depois aceitar que isso pode acontecer porque o risco principal é a hemorragia fatal. Mesmo depois de pensar em tudo isso, eu ainda fiz essa escolha. Então houve médicos que tentaram me fazer sentir culpada me dizendo que eu não pensava nos meus filhos, mas eu acho que pelo contrário, se eu penso neles, se eu me tornar um vegetal, se eu ficar completamente ao encargo deles, para mim é pior.

A decisão de Violeta é condizente com o discurso do analista, que nos ensina que “ninguém pode conhecer o bem do sujeito antes dele próprio” (ANSERMET, 2003, p.12). Isso porque nesse discurso o objeto *a* é a dominante, posição própria ao analista, no lugar do outro está o \$, o sujeito dividido. No lugar da verdade está o saber (S2), que por se posicionar abaixo da barra está velado, trata-se de um saber inconsciente que considera o que é próprio a cada um. Para tal, o analista deve saber que, “lhe cabe ser objeto em posição de causa de desejo no processo da análise” (RABINOVICH, 2000, p. 31).

Aquele que posiciona-se a partir do discurso do analista sabe que não porta um saber sobre o que é melhor para o sujeito *a priori*, e que precisa sustentar um lugar de não-saber para que o sujeito possa construir um saber que lhe é próprio. Esse saber não pode ser transmitido pelo Outro tal qual pretende aquele que encarna o discurso do mestre, que acredita portar um saber absoluto sobre o sujeito, fixando-o na posição de objeto passivo, mero receptor de conhecimento. Segundo Cohen (2006), esse saber inconsciente possui um núcleo de impossível transmissibilidade. Assim, “ao recusar o lugar de quem sabe sobre o sujeito e sobre aquilo que lhe causa, o analista abre a via de um percurso” (BESSET, 2001, p. 161).

A incidência do discurso do analista no tratamento de pacientes com dor crônica denuncia a impossibilidade de um saber que seja para todos, tal qual se orienta o discurso da medicina. Isso caminha na contramão da lógica contemporânea ditada pelo discurso capitalista e das políticas de padronização e categorização universal. Assim, a interlocução entre medicina e psicanálise, embora difícil, tem o intuito de refletir sobre parcerias possíveis, em que o singular do falasser, o Um-corpo, seja considerado em um tratamento que se pretende para todos.

CONCLUSÃO

Ao longo desta tese, cujo tema versa sobre a angústia, o corpo e a dor nas particularidades das escolhas amorosas, procuramos verificar a validade de nossa hipótese: de que a dor crônica imotivada poderia ser entendida como efeito da devastação feminina no corpo. Conforme a evolução do trabalho, a hipótese se revelou bastante pertinente.

Conforme explicitamos, a questão foi elaborada a partir de nossa participação nas pesquisas do CLINP (UFRJ/CNPq) e do *Laboratoire de Recherches en psychopathologie clinique: Champs et pratiques spécifiques*(Université Rennes 2), além de nossa experiência clínica, principalmente no Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica.

A análise dos prontuários do referido Serviço, bem como a literatura médica, tanto no Brasil quanto na França, nos indicaram que as síndromes de dor crônica, em que não há um substrato orgânico bem definido, atingem em sua maioria mulheres. A escuta dos pacientes que sofrem de dor crônica, assim como o resultado de nossas investigações clínicas, a partir de casos da literatura e das duas entrevistas clínicas realizadas durante o período de doutorado em cotutela na Université Rennes 2, apontam que algumas dessas mulheres apresentam também sofrimentos nas relações amorosas. Os dados da clínica, orientados por nossa questão, instigaram nosso aprofundamento teórico sobre a dor, o corpo e a posição feminina frente ao amor e ao gozo.

Inicialmente, em nosso primeiro capítulo, fomos guiados pela pergunta sobre o estatuto da dor para a medicina e para a psicanálise. Como vimos, para a medicina a dor constitui um sintoma de algum desequilíbrio no organismo que deve ser classificado, avaliado e tratado a partir de denominadores comuns universais e *standards*. A partir do reconhecimento médico de fatores subjetivos nas chamadas dores crônicas, os responsáveis

pela elaboração de políticas públicas de saúde admitem a importância de uma terapêutica multidisciplinar. Por isso preocupam-se com a efetivação das leis, diretrizes e portarias que garantem aos que sofrem de dor crônica um tratamento que seja não só medicamentoso, mas que inclua outras intervenções, como terapias que auxiliem no alívio da dor, dentre elas a psicanálise. A importância da subjetividade no tratamento nos levou a investigar a função da dor para diferentes culturas, já que a dor não estaria atribuída apenas a uma sensação de desprazer, mas teria diferentes funções, tanto de identificação, quanto de nomeação.

Se a dor tem diferentes funções para cada cultura, entendemos que para cada sujeito também não seria diferente. Essa verificação nos levou a investigarmos o estatuto da dor para a psicanálise, levando em consideração seus mecanismos de funcionamento e sua psicogênese. Nesse percurso, a indicação de Freud ao relacionar a dor, a angústia e a perda do objeto nos ajudou a avançarmos em direção à verificação de nossa hipótese de que as dificuldades na esfera amorosa poderiam estar relacionadas a sofrimentos corporais como uma dor crônica.

O estudo da dor nos levou a concluir que se o psiquismo poderia afetar o corpo, visto que este não se restringe apenas ao organismo, como pressupõe a medicina, algumas doenças, como a síndrome de dor crônica, também poderiam estar relacionadas a sofrimentos psíquicos. Essa constatação nos intrigou a investirmos em um estudo sobre o estatuto do corpo para a psicanálise. Assim, nosso segundo capítulo foi orientado pela questão: de que corpo a psicanálise trata?

Como vimos, o corpo da psicanálise é pulsional, marcado pelos efeitos da linguagem, por isso cada um relaciona-se de forma diferente com seu corpo, podendo ou não reconhecer-se nele. Lacan nos indica que o corpo não é uno, pois se constitui por três dimensões: simbólica, imaginária e real. O corpo simbólico é marcado pelos efeitos do significante, que nos permitem fazer laço com o Outro. O corpo imaginário refere-se a identificações e

investimentos narcísicos que constituem nossa imagem. E o corpo real é aquele afetado pelo gozo. Assim, cada dimensão do corpo tem uma função importante na constituição do sujeito, ou melhor, do falasser.

O estudo sobre a noção de gozo revelou-se,desse modo, imprescindível, já que o último ensino de Lacan enfatiza um corpo vivo, afetado pelo significante e pelo gozo ao mesmo tempo. A concepção de corpo vivo e da biologia lacaniana introduz o sintoma como um acontecimento de corpo, pois não se oferece à decifração, revelando sua vertente de gozo que resta silencioso. Essa nova acepção do sintoma nos interpela se a dor crônica poderia funcionar para alguns falasseres como um acontecimento de corpo. Se, como vimos, o corpo é afetado pelo gozo, a diferença sexual também implica em modos de gozar distintos para um homem e uma mulher.

No terceiro capítulo, nos dedicamos à especificidade da forma de amar e gozar feminina. A partir das fórmulas da sexuação, entendemos que a anatomia não serve para designar o que é um homem e uma mulher, pois refere-se a posições. O lado feminino apresenta um modo de gozar não-todo fálico, ilimitado, pois não está totalmente referido à lógica fálica como o gozo daqueles posicionados do lado homem das fórmulas. O gozo feminino caracteriza-se por um gozo Outro, suplementar, implicando em certas dificuldades das mulheres para simbolizá-lo, já que não apresenta representação psíquica.

Se, como nos ensina Lacan, a mulher não existe, cada uma tem que se virar com seu sexo e a particularidade de sua forma de amar, erotomaníaca, aproximando a mulher não-toda da loucura. Nesse percurso, algumas delas posicionam-se na relação amorosa, demandando insistentemente aos homens que lhes deem consistência frente ao vazio, lançando-as em extrema angústia. É nesse sentido que entendemos que, na devastação, o amor inscreve-se na ordem da necessidade, em sua vertente de puro gozo, não abrindo espaço para a falta, para a contingência do amor. Na devastação a mulher não consente em ser objeto causa de desejo

para um homem, mas coloca-se enquanto objeto-dejeto, não fazendo concessões àquele que tem o seu amor, em nome de sentir-se amada.

Como vimos, a devastação com um parceiro sexual pode ser uma repetição da devastação na relação mãe-filha. Isso fica evidente quando tratamos da questão do *penisneid* e do fenômeno da mascarada. E nos permite ainda avançarmos em nossa hipótese, pois se a devastação causa estragos arrebatadores para uma mulher, para nós ela poderia manifestar-se no corpo como uma dor crônica.

A partir da tessitura teórica sobre a dor, o corpo e o feminino ao longo dos três primeiros capítulos, empreendemos, no quarto capítulo, uma pesquisa clínica em psicanálise que teve por objetivo investigar se a dor crônica poderia ser um efeito da devastação feminina no corpo. E, ainda, verificar se a dor teria como função localizar no corpo os excessos do gozo feminino. A partir dessa hipótese, nos dedicamos ao estudo de um caso da literatura sobre uma mulher que sofre de dor crônica e que revelou uma relação com a mãe também devastadora, que fazia com que se sentisse constantemente sufocada.

Nessa tese, utilizamos como metodologia a pesquisa clínica em psicanálise – que privilegia as enunciações em prol dos enunciados –, por acreditarmos que ela seja a mais apta a revelar o que é mais caro a cada falasser. Antes de realizarmos nossas entrevistas, elaboramos um roteiro semiestruturado a partir de três significantes – a dor, o amor, e o feminino – buscando atender às categorias dispostas na análise do discurso em torno dos seguintes eixos: a relação do sujeito com o corpo, a relação com o amor e a função da dor e do amor. Como resultado, notamos nas duas entrevistadas, Violeta e Paula, que sofrem de dor crônica sem que haja uma causa orgânica determinada, relações amorosas marcadas pela devastação com a mãe e com seus parceiros sexuais. A análise do discurso revelou significantes como *rivalidade* e *falta de amor* pra designar a relação mãe-filha, e o *abandono* nas parcerias amorosas. Além disso, para as duas entrevistadas, o amor ocupa um lugar

incomensurável em suas vidas, permitindo-as fazer laço com o Outro, pois, sem amor, elas dizem não ser nada, sentirem um vazio sem fim. A dor tinha a função de barrar os excessos de gozo, da particularidade do modo de amar na devastação em que a demanda de amor retorna para si em sua pior face.

No caso de Violeta, a dor decorrente da hemorragia cerebral permitiu que ela produzisse uma nova forma de relacionar-se com seu corpo e com o amor, uma que lhe causasse menos estragos, dedicando-se assim a trabalhos voluntários. E, para Paula, ter chegado ao fundo do poço, como ela mesma disse, fez com que saísse do lugar de oferecer-se toda aos parceiros, muitas vezes como objeto-dejeto, para qualquer coisa, e investisse em outras coisas, podendo ser não-toda para o amor de um homem. Assim, nosso estudo de caso corroborou nossa hipótese da dor crônica como efeito da devastação feminina no corpo, uma vez que nesses casos a dor surgiu em momentos de dificuldade de elaborar uma separação ou perda amorosa em relações devastadoras com a mãe e/ou com um parceiro sexual. Por fim, esboçamos um tratamento possível para a dor crônica a partir do saber universal e *a priori* da medicina – que para nós encarna o discurso do mestre moderno –, mas que considere o singular de cada um, como nos ensina o discurso do analista.

Essa tese não pretende esgotar todas as possibilidades sobre o tema central, ao contrário, nós a entendemos como uma primeira aproximação sobre a dor crônica como efeito da devastação feminina no corpo, restando muitas dúvidas e arestas. Uma delas diz respeito ao questionamento sobre se a dor crônica poderia ser um parceiro sintoma menos devastador para alguns falasseres femininos. Outras questões que ainda nos intrigam: seria possível um outro modo desses falasseres femininos lidarem com os excessos de gozo que não fosse a partir de uma dor no corpo? Que outros modos são esses?

Sobre essas questões, outras linhas de investigação podem ser empreendidas, uma delas refere-se às soluções singulares para os excessos do gozo feminino, que não sejam a

devastação. Para tal, nos aprofundaremos no estudo dos testemunhos de passe de falasseres na posição feminina. Ficamos instigados com uma indicação de Brousse (2004) sobre a astúcia como um contraponto à devastação. A astúcia refere-se a uma habilidade, uma artimanha, um saber-fazer com o não-todo. A seguir, trazemos uma anedota que traz a astúcia como modo de virar-se com o feminino, que não se refere nem a uma entrega total ao amor, nem à vertente viril, da reivindicação fálica.

Um amigo se encontra com outro e lhe diz:

– Você não vai acreditar no que aconteceu comigo esta manhã.

O amigo responde:

– O que aconteceu?

– Eu estava parado na esquina, quando de repente chegou uma mulher de carro e me convidou para dar um passeio. Fomos à sua casa e quando já estávamos no quarto, seu marido chegou. Por sorte essa mulher era astuta e me disse para que eu começasse a passar roupa.

O amigo então pergunta:

– E aí, o que aconteceu?

– Quando o marido me viu passando roupa, a mulher disse que eu estava procurando trabalho e como ela tinha muita roupa para passar me contratou. O marido não ficou muito convencido e ficou olhando se eu realmente sabia passar roupa.

– E então? – pergunta o amigo.

– Depois de duas horas passando roupa pude sair da casa e dizer que estou vivo graças à astúcia dessa mulher.

O amigo, intrigado, pergunta:

– Por acaso, onde mora essa mulher?

– Na rua X n. 8, – responde.

– Essa roupa que você passou hoje, eu lavei ontem. (GOLDENBERG, 2008, p. 9-10).

ANEXOS

ANEXO I: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA DE PESQUISA

Uma (ou duas) entrevista(s) de 45 min gravada(s) após acordo

Algumas questões colocadas ao longo da entrevista, será retomada, às vezes de forma redundante, para aprofundar certos enunciados ou retomar questões não respondidas, trata-se de recolher elementos de anamnese ou biográficos:

- história infantil,
- vida familiar (composição da família, relações intrafamiliares, função paterna),
- modo de vida (moradia, distrações, esportes, etc.),
- modalidades de relacionamento (amizade, sexualidade, etc.),
- pensamentos íntimos (objetivos, projetos, dificuldades, etc.),
- atividade onírica ou fantasmática, etc.

1 - APRESENTAÇÃO DO SUJEITO

COMEÇAR A ENTREVISTA POR:

Bom dia, eu realizo uma pesquisa sobre a feminilidade, o amor e o corpo na contemporaneidade. Nós vamos discutir um pouco juntos, você poderia dizer inicialmente quem é você? Apresentar-se ? Sua idade... ? O que você faz na vida?....., etc...

1- PARENTALIDADE

- Como você caracteriza seus pais?
- Fale um pouco da história de vida de seus pais (infância, casamento)
- Como é ou era a relação de seus pais com seus avós?
- Como é/era a relação do casal?
- O que é um pai?
- O que é uma mãe?

2- AMOR E FEMINILIDADE

As diferentes questões são propostas a título indicativo. Convém conservar uma certa fuidez na entrevista.

- O que você pensa da mulher hoje?
- Em sua opinião o que é o amor?
- O que você pensa de sua vida afetiva?
- O que você pensa de sua vida sexual?
- Como são suas relações amorosas ou afetivas? (Citar se necessário, por exemplo: sentimento de bem-estar, raiva, sentimento de não ser amado (a), agressividade, angústia, abandono, ciúme)
- Você já teve situações de crise ou conflito, com quem?
- Você já teve relações amorosas dolorosas?
- Estas relações fizeram você sofrer muito ?
- Você tem dores físicas?

1. - DOULEURES CORPORAIS E RELAÇÃO AO SABER

**Insira ao longo da entrevista ao menos uma questão:
O que é para você: Uma mulher? Um pai? A morte?**

Trata-se de questionar os sujeitos sobre os três impossíveis freudianos: um pai, uma mulher, a morte. Nós visamos à relação íntima ao saber (desejo de saber, curiosidades, vontades, desejo de conhecimento), suas formas de entrave (embaraço, inibição, etc.) assim como a relação do ao Sujeito Suposto Saber (transferência). Se a relação ao saber demonstra algo de « êxtimo » do sujeito, em relação à fantasia, ou sintoma.

5- SINTOMA E LAÇO SOCIAL

Nós queremos ter uma ideia da forma como o sujeito situa-se em relação a sua situação atual e suas experiências anteriores (família - escolaridade - trabalho - sociedade) segundo duas principais modalidades:

- relação ao Outro
- relação aos outros

Nós buscamos estabelecer sobre que significantes são traduzidos diferentes relações (recusa, rejeição, revolta, evitamento, resistência, rebeldia, fuga, etc.), à que figuras do Outro o sujeito tem afinidade (o Outro da lei, da autoridade, do saber).

De forma geral, trata-se de apontar a singularidade em relação ao laço social contemporâneo: ciência, mercado, capitalismo, religião, educação, consumo, droga, etc.

- Você acha que os outros te veem de forma diferente?
- Qual olhar você acha que as pessoas de seu entorno (família, amigos) têm de você?
- Você tem um retorno mais positivo ou mais negativo dos outros? Isso é importante para você?
- O que essa pessoa representa para você?
- Em que meio você vive? Musical, relação com tóxicos (drogas, álcool, outros)?
- Você pertence a um determinado grupo particular (tipo de música, engajamento político, associação ou outro etc.)?
- O que orienta sua vida (Citar se necessário, por exemplo: trabalho, dinheiro, religião, beleza, reencarnação, esoterismo, etc).
- O que você acha que está por vir? (Citar se necessário, por exemplo: no futuro, nenhum, revolução, etc).
- Que projeto, que perspectivas você tem em relação às dores crônicas?

6- DOR E USO DO CORPO

- Que tipo de dor você tem?
- Há quanto tempo?
- Em qual (is) parte(s) do corpo você sente dor? Il vous arrive d'être en arrêt maladie à cause de la douleur :
- Você sente dor quando você está em algum lugar específico?
- O que significa para você ter dor crônica?
- Há quanto tempo você sente essa dor?
- Você pode descrever como são essas dores?
- Você passou por alguma situação difícil quando as dores surgiram?
- Foi constatado algum diagnóstico para essas dores?
- Qual foi sua reação quando informado do diagnóstico?
- História da dor em relação à vida

- Romance familiar
- Relação amorosa
- Como foi sua experiência com sua família?
- Como foi sua experiência da sexualidade?
- Como foi a sua experiência de trabalho e ocupações relacionadas?
- Como foi a sua experiência / social / comunitária/ relacionamentos em geral?
- Qual era a sua experiência com a religião?
- Qual era sua filosofia de vida e visão de mundo?

7- FUNÇÃO DAS DORES CORPORAIS

Além da relação ao saber inerente as dores corporais, nós visamos a relação íntima do sujeito com o corpo (organismo, corpo imaginário) mas também em relação ao gozo através de temas relacionados a dor e sofrimento. Nós buscamos revelar ou suscitar uma teoria própria ao sujeito sobre seu corpo. Há dominação do objeto pulsional, da satisfação pulsional em relação ao outro? Vontade de dominar o corpo vivo pela dor? Lógica aditiva ou modalidade de repetição? Expressão da pulsão de morte?

- Como você se sente antes de sentir dor? (*Estresse, medo, excitação, angústia, alegria, etc.*).
- Como você se sente enquanto sente dor? (*Estresse, medo, excitação, angústia, tensão, relaxamento, etc.*).
- Como você se sente depois de sentir dor? (*Apaziguamento, calma interior, excitação, angústia, tensão, etc.*).

MUDANÇAS APÓS O INÍCIO DA DOR?

- Como você se sente desde que ela começou? (*Apaziguamento, calma interior, excitação, angústia, tensão, dúvida, ruminação, etc.*).
- Você acha que a dor mudou algo em você? (no seu corpo – na sua cabeça)?
- Você acha que a dor faz parte de você ou é ainda uma surpresa?
- Você acha que as dores afetam o olhar (de si mesma, dos outros)?
- Você se vê diferente desde que as dores começaram?
- Se sim*
- Em que sua percepção de você mesma mudou?
- Como você se vê agora?
- Como você se via antes de ter dor crônica?

Enfim para concluir :

- Finalmente, você aceitou participar dessa pesquisa e testemunhar sua experiência a propósito da feminilidade, do amor e do corpo, eu poderia saber por quê?
- O amor orienta sua vida?
- Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar nessa entrevista, que você gostaria que eu soubesse?

(Agradecimentos).

ANEXO II: TRANSCRIÇÃO TRADUZIDA DA ENTREVISTA 1

ENTREVISTA 1

I : Bom dia, você pode começar se apresentando ?

Sra. V : Hum, me apresentar, quer dizer ?

I : Seu nome, sua idade.

Sra. V : Meu nome é (INAUDÍVEL)V., tenho 49 anos.

I : E seu trabalho ?

Sra. V : Não, eu não trabalho mais há... hum, seis anos. Desde que eu tive hum, uma grande hemorragia cerebral e um ano e meio depois o meu hematoma foi absorvido, eles encontraram o cavernoma, que é uma forma de tumor que não evolui, mas que provoca hemorragias, sangramentos. Assim, há seis anos, eu não trabalho. SILÊNCIO. Respira. Mas eu sou voluntária em uma associação esportiva, porque antes eu era. E agora eu estou fazendo sofrologia pedagógica e esportiva. E sobretudo a preparação para as competições, a preparação dos atletas para as competições. Então, agora eu dou aulas de chikong, de tai chi, tai chi chuan, também dou aulas há três anos de body viet, é um trabalho mais de treinamento cardíaco, com movimentos de artes marciais, um pouco como o Kung Fu, é uma arte marcial vietnamita, e então aqui estou eu, eu, eu intervi em um clube aqui em Salvetat e às vezes em outros clubes no nível dos instrutores, dos professores dessa atividade esportiva, em sofrologia, é isso. E depois eu continuo a ver pontualmente os alunos individualmente, porque eu faço a sofrologia em grupo, mas também individualmente.

I : Você mora sozinha?

Sra. V : Não, eu vivo com meu companheiro e meu filho, que fica lá de tempos em tempos nos fins de semana, porque senão está lá, ele está na faculdade em Toulouse.

I : Você tem um único filho?

Sra. V : Não, eu tenho três, eu tenho duas filhas também. É isso.

I : Hum, hoje nós estamos aqui para falar da feminilidade, do amor e da dor. Isso evoca alguma coisa para você?

Sra. V : Sim, isso vaso como assunto (PEQUENO RISO)

I : Sim, mas você pode falar.

Sra. V : É muito vasto (a paciente corta a palavra). O que me interpela no título (VOZ FORTE) é a associação da feminilidade e da dor. Depois eu não sei por que caminho tomá-lo, este tema para fazer a ligação entre os dois.

I : Em sua vida, o que essas três palavras te evocam de sua relação, de sua história de vida.

Sra. V : Sim, o amor é o fio condutor e a parte mais importante da minha vida. Acho que sempre foi assim na minha mente, desde pequena. Isto é o se passa no primeiro plano, quero dizer o amor não só a relação a um outro, em uma relação de casal, mas o amor em geral. É por isso que eu sempre fui interessada nos seres humanos em geral. E depois a forma como eles funcionam e como eles se comunicam uns com os outros. Então eu poderia tomá-lo como suporte, o fim de semana que eu acabei de fazer, eu fui para Nice. Hum, por 5 dias, o fato de que eu seja voluntária, dá também uma outra dimensão porque eu forneço gratuitamente, eu não fui lá para fazer um serviço pago. Assim, isso dá todo o lugar à relação humana, a troca, a partilha, faz com que vivamos momentos muito intensos, muito fortes. E quando isso pára, fica vazio. Um pouco, um pouco, bom, eu sei muito bem que posso continuar. Mas isso me lembra a cada vez a importância que isso tem para mim. Eu posso viver sem muitas coisas, mas não sem isso, mesmo se eu tiver períodos de isolamento. Ah, a doença acentuou um pouco isso, porque eu precisava me centrar em mim mesma. Você vê que há seis anos, eu estava em uma cadeira de rodas, eu estava completamente paralisada. Eu estava cega e não podia mais falar. Então, (SILÊNCIO), eu era obrigada à força a ficar mais centrada em mim, porque com a impossibilidade de me comunicar com o mundo exterior

(RESPIRA) e depois porque era preciso que eu agisse para não ficar neste estado lá (ENGOLE) e mesmo que eu não pudesse ver, falar, eu ouvia muito bem e eu entendia tudo. Eu entendia tudo como antes. E, sobretudo, eu percebia em que estado eu estava (PEQUENO RISO). Esta prisão tornava necessário que eu saísse a qualquer custo.

I : Isso durou quanto tempo?

Sra. V : Depende do que estamos falando, hum... A visão retornou progressivamente talvez hum depois de um mês ou dois, eu tinha dez para cada olho, eu ainda não me recuperei totalmente. E depois as recidivas retornam porque é sempre na mesma área, toca a vista, a psicomotricidade e a linguagem. Então quando eu tenho pequenas recorrências, elas tocam um desses três pontos, ou às vezes dois ou os três. Mas eu nunca retornei ao estado da primeira vez. Então tudo isso foi para dizer que isso impulsionou, eu tenho esses dois lados de ter necessidade de me abrir e de compartilhar com os outros e preciso me centrar e ficar sozinha comigo mesma. Eu fiz alguns anos de formação também, quando eu formei na sofroterapia era preciso ao mesmo tempo que eu trabalhase em mim, que eu aprofundasse, então foi isso. Então, hum, eu tenho, eu tenho esses dois lados mais uma jornada espiritual de alguns anos, que começou antes do meu acidente (ENGOLE). Eu sempre fui interessada em teologia, sempre tudo os que envolve os seres humanos, isso, isso me interessa, e neste aspecto , eu fui ver um pouco em todas os domínios e, em seguida, eu descobri a filosofia budista, há mais de 20 anos, foi realmente no aspecto filosófico que me interessou, não na religião progressivamente eu fui a fundo como em todas as experiências que eu faço, eu tento ir o mais longe possível e, portanto, eu (SILÊNCIO) eu fiz os votos e tomei este caminho de um ponto de vista mais espiritual dessa prática, ela também leva ao compartilhamento, ir aos outros e depois centrar sobre si. Então, (SUSPIRO) tudo isso me ajudou muito, na minha doença e, ao mesmo tempo, tornou bastante difícil a relação com os outros. Porque, por um lado, todas as pessoas doentes dizem, falam da incompreensão dos outros.

I : Hum, hum.

Sra. V : Mesmo se eles tentam (RESPIRA) de qualquer maneira com um terapeuta, eu sei que, eu, eu, eu sempre entendi melhor os, os outros através do que eu, eu mesma vivi. Desse ponto de vista, poder-se-ia dizer que eu tenho uma vida muito rica. Mas hum, (TOSSE), eu perdi um pouco do fio, (retoma), sim, a doença, a dor. Hum, não é apenas a incompreensão, é também porque eu sinto tanto os outros e suas emoções que me incomodava sentir as emoções que eles experimentaram ao olhar a minha doença, e por aqueles que me conheceram antes e, depois, todas as inquietações que isso sucitou neles, porque esta doença, ela tem a particularidade de ser um pouco como um helicóptero sobre a cabeça. Sempre que eu consigo pensar que acabou, eu retomo entre aspas uma vida próxima ao normal, a cada vez, eu tenho lembranças, (SILÊNCIO), de fato, isso realmente me obriga a viver o máximo possível o dia a dia, está realmente centrada no que está ali, agora. É difícil , porque eu tenho muito remorso e nostalgia de coisas que não existem mais em relação a antes.

I : Que tipos de coisas ?

Sra. V : Bem, por exemplo, as relações (TOSSE) mais simples, mesmo quando eu tento ficar com pessoas que não me conhecem, que não têm preconceitos, mas não no sentido negativo, hum, que não colam esta etiqueta de alguém que está doente. E o ponto de vista delas é ainda muito positivo, porque é realmente incrível em relação ao que eu tenho, ao que eu posso quando estou bem. Quando eu estou mal, quando eu sofro ninguém vê, eu sou irreconhecível. Mas bom, é... é acima de tudo isso, passo uma boa imagem de alguém forte, alguém que fica positivo, hum, etc . Mas, ao mesmo tempo, isso pesa. Isso também é pesado. Tudo o que remonta à doença que eu tento não esquecer, mas para viver sem. Há sempre alguma coisa que me remete, mesmo nas relações humanas. Assim, depois, no nível do casal, é ainda mais complicado (Abaixa a voz). Hum, (SIL +) claro que quando isso aconteceu comigo (FORTE) no início o diagnóstico vital era muito ruim, ele se recolheu (TOSSE), mas,

em seguida, com a evolução, ele ainda tinha um distanciamento em relação à doença e ao hospital porque ele sofreu um grave acidente, ficou vários dias no hospital, cujo odor e tudo o mais, o incomodava muito, por isso estava presente, mas não podia ficar muito. Em seguida, houve a fase em que eu voltei para casa. Eu não queria ir para o centro especializado, de reabilitação. Eu não queria ficar mais tempo com outros doentes, do outro lado da cerca, porque eu vivi isso do outro lado antes da doença, pois além do fato de que eu era sofroterapeuta, eu fiz doze anos de acompanhamento de pessoas em estado terminal. Eu não fui mal e também trabalhava com a equipe de cuidadores no centro de treinamento paliativos em formação. Eu fazia uma formação. Agora então eu estava do outro lado, do lado dos doentes. E depois do que aconteceu com a minha internação no hospital na neurologia, onde eu estava, essencialmente, com as pessoas da terceira ou quarta idade e todos em torno do que acontece naqueles lugares onde aparentemente não somos mais realmente seres humanos, onde somos completamente infantilizados. Hum, isso também me levou a ter meu olhar, porque eu trabalhei com os doentes e com pessoas idosas. Eu me perguntava por vezes se eu mesma não tinha este comportamento um pouco infantilizante, porque ele parte da empatia e da compaixão no começo, mas talvez ele vá longe demais às vezes. Sem nos darmos conta. Então isso, isso me levou a refletir sobre tudo isso e eu não quis ir para o centro de reabilitação, porque eu já tinha progredido comigo mesma, fazendo todo um trabalho mental interior.

I : INAUDÍVEL.

Sra. V: Utilizando todas as técnicas.

I: Você faz meditação?

Sra. V: Sim, meditação e a sofrologia, eu não sei se você conhece um pouco as ramificações, tem a sofrologia, mas há toda uma parte da gestão das emoções muito importante porque, no início, quando eu me dei conta de como eu estava, eu tinha muito medo de acabar a minha vida assim, ainda que ela pudesse durar bastante. Prisioneira em um corpo, incapaz de comunicar de se fazer compreender. Por isso, era muito importante que eu gerisse o meu medo para fazer alguma coisa. Era muito difícil, mas o que eu fiz e, em seguida, a gestão mental e todas as técnicas de memória corporal. (TOSSE) Ou seja, viver, por exemplo, os movimentos, mesmo se eu não vivesse na realidade do ponto de vista físico e, pouco a pouco, tudo isso, 5 anos ou mesmo 6 anos depois, a descoberta na neurologia permite saber que você pode criar e recriar conexões enquanto antes se pensava que quando se estabeleciam, estava acabado. E na época em que eu vivi a doença, não se sabia ainda tudo isso, enfim, não era certificado pelos estudos científicos e, portanto, eu também estava, hum... (SILÊNCIO), eu também estava em contato com médicos que achavam que tinha acabado para mim, e mantinham para mim um discurso assim, é preciso haver uma razão. Hum (SILÊNCIO) e, depois, queriam que eu passasse por tratamentos hum... antidepressivos, eu recusei totalmente. Eu não queria que tudo isso. Eu queria manter ao máximo as faculdades mesmo que fosse difícil, eu não estou dizendo que eu sempre me senti bem e forte. Eu tive alguns momentos muito difíceis de desencorajamento, de medo, de dúvida, mas hum, um pouco de tudo o que eu ensinava, um pouco de tudo o que eu praticava, mais meu caminho pessoal e espiritual, tudo isso, tudo isso me ajudou muito. E no dia em que eu vi dois dedos se mexendo, isso me encorajou, então eu trabalhei durante anos, todos os dias, por horas e horas, quando eu podia, porque a dor era quase constante. Eu tenho diversas formas de dor, mas a compressão seguida das hemorragias do cérebro é uma dor horrível. Tenho direito a qualquer tipo de tratamento. Hum, para além do paracetamol, o que se toma para enxaqueca, ou para febre ou algo assim. Mas não anti-inflamatório, não outros medicamentos que poderiam provocar novas hemorragias, não há certeza, mas eles preferem não me dar. Assim, desde o início, eu não tinha direito a nada, a não ser quando eu fui mantida em coma com a bomba de morfina, mas depois que eu saí da UTI, isso tudo acabou. Então, foi necessário também

aprender a controlar a dor. E não é somente uma questão física e fisiológica, embora seja importante, quando estou em crise, hum, eu estou morrendo, porque é verdade que, normalmente, quando você tem isso, se opera e se remove (TOSSE), mas o meu é muito profunda e eu tenho um monte, eu tenho 80% de risco de voltar ao que era após a cirurgia, então eu visitei vários especialistas no mesmo domínio para saber, mas no final deve-se escolher sozinho. E eu escolhi não fazer a operação. Hum, eu escolhi confiar na vida, em mim mesma, e depois aceitar que isso pode acontecer porque o risco principal é a hemorragia fatal. Mesmo depois de pensar em tudo isso, eu ainda fiz essa escolha. Então houve médicos que tentaram me fazer sentir culpada me dizendo que eu não pensava nos meus filhos, mas eu acho que pelo contrário, se eu penso neles, se eu me tornar um vegetal, se eu ficar completamente ao encargo deles para mim é pior. Sobre tudo se eu tenho consciência de que tudo o que vi e tudo o que eu os fiz viver, seria insuportável, sem nenhuma possibilidade de colocar um termo. Então agora eu acho que eu prefiro colocar para o destino. Não sou fatalista, mas agora, nós veremos.

I: E o que idades têm seus filhos?

Sra. V: O último acabou de fazer 20. Tenho uma filha de 23 anos, e uma filha de 30 anos. E eu tenho cinco netos.

I: Ah, que bom.

Sra. V: Bem, eu não os vejo muito, sobretudo nos últimos seis anos, eu não tenho visto muitas pessoas. A doença também pode ter esse efeito, de fazer fugir.

I: E quem cuidou de você durante esse momento, como você lidou com esta doença no início?

Sra. V : Ninguém. Havia algumas pessoas ao meu redor, meus amigos mais próximos, quer dizer, tive atenção, votos, mas não eram pessoas suficientemente próximas para cuidar das coisas mais pesadas, ainda que no plano administrativo, meu cônjuge não. Eu voltar para ele quando voltei para casa, ele me disse com muita dificuldade, mas ele admitiu que não poderia viver com uma mulher com deficiência. (SILÊNCIO +). Então foi terrível, mas ao mesmo tempo isso me impulsionou ainda mais. Eu não tinha outra escolha se eu não quero que se livrem de mim. Então, meu medo naquela época não era tanto a nível sentimental com o risco de ser abandonada. Meu medo era que me colocassem em um centro para pessoas hum, ou mesmo um hospício, de fato, já que, porque estava em um estado em que as coisas estavam de fato, não se podia fazer nada para as doenças. Não se fazia nada, faziam-se os cuidados, mas tudo o que eu tinha feito para tentar me recuperar não se fazia nos centros que existem aqui, pelo menos na França. Talvez eles virão gradualmente, vê-se cada vez mais sofrologistas nos hospitais, o que começou a se desenvolver na época em que eu comecei os estudos sofrológicos, há mais de 20 anos era completamente desacreditada aqui na França e agora é compartilhado até mesmo na medicina atual, tanto no nível dos pacientes quanto no corpo médico alguns estão se formando nisso, tudo tendo em vista o interesse do paciente. (TOSSE) Então talvez isso vai evoluir, mas em todo caso, era esse o meu medo.

I: E o seu cônjuge, há quanto tempo vocês estão juntos?

Sra. V: Faz agora, vai fazer 11 anos, incluindo os seis anos de doença.

I: Ele não é o pai das crianças?

Sra. V: Não, não, não. (Respira) Eu me separei do pai das crianças há 11 anos, só que podemos mesmo dizer mais de 11 anos porque os últimos cinco anos em que eu vivi com o meu marido, o pai dos meus dois filhos mais novos (Respira) hum, nós coabitamos, quer dizer, mas não desejávamos mais ter uma vida de casal, sem ter uma razão, eu demorei cinco anos para entender que ele tinha uma vida fora e que ele tinha escolhido assumir sua homossexualidade. Então, quando me dei conta, percebi que era o fim da nossa história.

I: Isso te fez sofrer?

Sra. V : Sim, bastante, na época eu passei o dia vomitando, mas não era em relação a

sua homossexualidade, porque eu sou muito aberta, eu tenho muitos amigos homossexuais homens, mulheres, isso não me colocava problema. Era mais a impressão de ter sido traída, de ter servido de mãe de aluguel, já que a nossa história terminou quando ele teve seus dois filhos. Foi após o nascimento do meu filho, que a relação se rompeu entre nós, a sua escolha e ele começou a viver plenamente a vida dele. Então, no momento, sim foi muito difícil de aceitar e depois, quando se é enganada por seu marido com uma outra mulher, nós nos dizemos, bom nós procuramos saber o que ela tem de mais, para rivalizar, talvez, (PEQUENO RISO), mas então não havia nada a fazer (RISO) foi drasticamente cortado. Enfim.

I : Hum, hum.

Sra. V : Então, nessa época, eu parti para uma última missão humanitária porque eu fiz missões humanitárias por 16 anos e esta era em Nicaragua, onde eu já tinha ido duas vezes, então foi a continuidade dos projetos que eu realizei lá em uma aldeia. Então eu parti e quando voltei, deixei tudo, a região de Paris, meu marido. Fui com nossos dois filhos, porque ele é velejador, por isso eu não o roubei, ele concordou, ele não podia se ocupar disso. Ele viaja, seu trabalho era partir, portanto ele não podia. Então eu vim para Toulouse, porque eu havia conhecido alguns meses antes meu companheiro. É isso aí.

I : E como vocês se conheceram?

Sra. V: Porque antes de deixar a região parisiense, hum... no final do meu trabalho, eu era diretora de um centro comunitário na região de Paris. No final de meu contrato de missão, hum, restavam seis meses disponíveis e eu realmente queria fazer esta missão na Nicarágua nos seis meses disponíveis, eu trabalhei para uma federação desportiva para montar o que é chamado de um projeto de demanda de aprovação ministerial, então era um trabalho, uma missão de 6 meses, apresentar um relatório, um estudo ao ministério para obter uma aprovação.

I : Hum, hum.

Sra. V : Então ele, ele fazia parte do comitê de direção. E nós nos conhecemos assim. É isso aí. Na época, quando nós nos encontramos, ele me contou de seu projeto de vida e, naquele momento, parecia coincidir com a minha. Eu tinha passado por muita coisa, profissionalmente, não posso dizer que tinha feito tudo, mas estava bem realizada, eu completei muitos projetos, hum, é isso. Pareceu-me, naquele momento, que era para mim finalmente o momento de me concentrar um pouco mais na minha vida afetiva e pessoal já que durante todos esses anos eu criei meus três filhos praticamente sozinha. (Retoma o fôlego). Os dois últimos, porque o pai deles estava navegando. A primeira veio de um primeiro casamento, meu primeiro marido morreu em um acidente de carro quando ela tinha dois anos e meio. Então, eu criei meus três filhos, eu era diretora de um centro comunitário e na época eu trabalhava 70 horas por semana no centro social, porque eu também fazia um monte de coisas em relação ao social. E bom, eu me lancei de cabeça no trabalho e em um monte de coisas. Obviamente, no plano da vida emocional afetiva, não era muito rica, mas eu vivia com alguém que não estava frequentemente. Em todo caso, quando ele estava lá, estávamos bem juntos, tivemos dois filhos, e tudo correu bem. E, aliás, mantivemos um laço muito forte. Somos muito próximos. Ele, ele é quase como meu quarto filho.

I : E como você viveu a perda de seu primeiro marido ?

Sra. V: Sim, ela foi muito brutal, muito difícil. Especialmente porque ele era muito importante para mim, mais que um marido, com ele, nossa relação era excepcional. Eu o conhecia de vista, porque éramos da mesma escola, nos conhecemos assim com outros alunos sem mais, nós nem podíamos dizer que éramos amigos, que fazíamos parte do mesmo grupo, mas nos conhecíamos. E naquela época, eu vivia um momento muito difícil. Eu me apaixonei, eu estava muito apaixonada, eu realmente confiava nele, eu era jovem, tinha 16 anos, então eu não tenho permissão de meus pais para sair à noite etc . E ele, ele era maior, ele tinha uma vida totalmente diferente e um dia ele me propôs um encontro, uma noite para um aniversário,

uma festa e foi a primeira vez que eu menti para meus pais. Eu disse que ia na casa de uma amiga para ir à essa festa com ele. E eu caí em uma armadilha, já que no final da noite, em vez de voltarmos os dois sozinhos, fomos embora em um carro com dois ou três amigos dele e ao invés de ir para a casa dele, ele me levou para uma praia e eu sofri um estupro coletivo, eu fui muito machucada e depois eu não pude contar, porque eu tinha mentido naquela noite e eu não disse nada a meus pais, nem a ninguém. Eu acho que também foi o estado de choque e logo depois eu tive que ir para o trabalho como um monitora durante as férias no acampamento com as crianças. Então eu parti, deixei minha família, meus pais por dois meses de verão e ao longo desses meses, ah, eu percebi que eu estava grávida. (SILÊNCIO). Eu disse que percebi mas ao mesmo tempo era tudo muito vago, porque com 16 anos, eu nunca tinha tido relações sexuais e eu não tinha praticamente nenhuma educação sexual. E quando eu digo que eu percebi que eu estava grávida, era mais complicado do que isso, é porque eu não estava menstruando e porque uma colega me disse que não era normal e você tem certeza que não fez alguma coisa e eu comecei a entender e fiz os testes e, hum, é isso. Na verdade, quando eu pequei os resultados do teste eu perdi a consciência. Eu desmaiei. Então, ah, foi preciso falar com a minha mãe, foi muito ruim com ela. Mas ainda assim ela organizou tudo para o aborto e, nessa época, não era clandestino, mas era muito raro, não havia o suporte do seguro social. E se em determinadas clínicas e quase em segredo. E foi nessas condições que isso aconteceu, no porão (SILÊNCIO) e eram muitas garotas e até mesmo meninas mais jovens que eu 10 anos - 11 anos, todas juntas esperando a nossa vez. Então, eu vivi isso. E, hum, eu vivi muito mal (Suspiro, pequeno riso). Nenhum acompanhamento psicológico, depois de voltar, virou um segredo de família, enfim, no nível familiar, é preciso sobretudo não falar disso, e o julgamento muito negativo especialmente de minha mãe, ela não sabia que eu tinha sido estuprada, pensava que eu tinha tido um comportamento um tanto libertino (INAUDÍVEL SILENCE Mau funcionamento do equipamento por cerca de 10 segundos). Então, em seguida a isso (TOSSE), dois, três meses depois, eu quis acabar com a minha vida. Pulando de uma ponte alta em um rio e eu estava prestes a pular quando alguém me agarrou pelo braço, eu virei minha cabeça e vi esse rapaz que eu mal conhecia e que meses mais tarde se tornou meu marido. Ele foi formidável para mim por me dar, me devolver, não somente o sabor à vida, mas a possibilidade de eu perdoar a mim mesma por coisas das quais eu não era a responsável. Enfim, ele sem dúvida fez um trabalho de psi na época e ele ainda me ajudou muito, ele foi, porque ele foi muito, muito respeitoso, paciente. Além disso, nós compartilhamos, nós tínhamos muitos pontos comuns, ele adorava a poesia, eu também. Não era um rapaz como os outros, como aqueles da nossa idade. Ele tinha, eu tinha a impressão de que estávamos em um outro tempo, ele era muito romântico, muito culto. Bem, nada a ver com os jovens da minha idade, até mesmo amigos de quem eu mais gostava e então nos apaixonamos e ele se tornou meu marido em seguida e tivemos uma filha juntos e ele morreu acidentalmente carro no caminho para o trabalho.

I: E como foi o início?

Sra. V: O ?

I: O início deste (CAMPAINHA), como foi após a morte dele, foi muito difícil para você, como se passou?

Sra. V: Foi difícil claro (SILÊNCIO) eu, devo dizer que, é difícil falar sobre uma certa parte da minha vida, porque não ousa falar, mas porque há seis anos, eu também tinha, não apenas um problema de linguagem e de comunicação (CAMPAINHA) mas... eu acho que alguém quer entrar, talvez seja o Sr. Gaspard.

I: Alô (liga o interfone) INAUDÍVEL.

Sra. V : Sim, então, problemas de memória. Então, há coisas, é muito difícil, porque a memória é muito vasta, no começo eu não me lembrava de nada, eu tive que reaprender tudo. Hum, (SUSPIRO), enfim, é isso que é difícil de entender, havia coisas que eu me lembrava

muito, muito bem, por exemplo, todo o meu campo profissional, meus arquivos, as pessoas que eu acompanhava como terapeuta estavam intactas, como se fosse ontem. Mas minha história pessoal, todas as coisas difíceis, sobretudo as coisas difíceis e mais nada, eu reaprendi minha data de nascimento e, hum, hum, o que foi difícil foi que eu percebi o que eu não lembrava e o que eu não sabia mais fazer. Então, eu tive que reaprender a escovar os dentes, a fazer o gesto, mas também como cozinhar macarrão, eu me dei conta ao longo do tempo. Ainda assim, eu me recuperei muito, pela força de pesquisar e de estimular a memória e através do visual, do auditivo. O odor me lembrava algo, tudo isso como cordas e quando você encontra um pouco, puxa-se e há um monte de coisas que voltam, mas eu ainda não tenho tudo hein. Portanto, há coisas, por exemplo, como eu fiquei quando perdi meu primeiro marido, sim, sem dúvida, muito mal, muito mal, porque estávamos muito apaixonados e porque este não foi o fim de uma história que decidimos, foi a morte que o tomou. E, hum, então sim, certamente fiquei muito, muito mal. Além disso, vivíamos em Estrasburgo, e toda a nossa família estava no sul da França, então eu não fiquei sozinha lá em cima, eu descí e tive que voltar para os meus pais como se eu tivesse 16 anos. Aliás, foi isso que me disseram, foi o que meu pai me disse quando eu voltei, que mesmo eu estando casada, mesmo você tendo uma filha, agora você que você voltou são as regras de antes. Então, para sair, para ir fazer uma corrida, eu tinha que pedir permissão.

I: E como é o seu relacionamento com seus pais, você disse que na época do estupro você não disse nada a sua mãe.

Sra. V: Não, não, eu não disse nada, eu falei com eles muito mais tarde, talvez com 34 anos. Porque, ao longo da minha vida me formei em muitas outras profissões, no começo, eu fiz depois do período em que perdi meu marido, eu primeiramente fui trabalhar um pouco no turismo, como eu era trilingue. Eu falo inglês, espanhol e um pouco no turismo, na época eles não pediam faculdade para ser guia, então eu trabalhei um pouco com isso e em seguida eu passei em um concurso para me formar e para me tornar assistente em informática de gestão. Informática, administrativo, jurídico e toda essa parte. Então eu consegui esse diploma, e hum, assim que eu consegui o diploma, deixei meus pais, o sul, e fui trabalhar em Paris. Porque no sul, não havia trabalho nesta área, no sul tinha trabalho durante o verão, que é quando há um muito turismo, mas no resto do ano está morto .

I: Mas como é a sua relação com eles, você está muito ligada a seus pais hoje?

Sra. V: Sim, claro. Toda a minha vida, eu sempre, eu acho que agora depois de tudo o que aconteceu, eu fiz uma reflexão, eu sempre busquei o amor da minha mãe, e eu fiz tudo o que podia para ser uma boa filha. E meu pai, ele me amava muito e tanto que isso não agradava a minha mãe, então eu fui muito apegada ao meu pai em uma relação privilegiada em comparação aos meus outros irmãos e irmãs, não era fácil ser amada tanto por dele porque isso causava problemas com a minha mãe, então era isso.

I: E por que você não se sentia amada por sua mãe?

Sra. V: Bem, eu acho que não estava consciente disso , mas eu sentia, eu tinha a impressão de frieza, que ela não era a mesma coisa comigo e com os outros. Depois de crescer, eu entendi o porquê, porque meu pai porque, ele me tomou completamente, porque ele só via a mim e ela, ela teve vários filhos e, de repente, ela se ocupava dos outros e ainda que ela soubesse que eu não era a responsável, ela o queria tanto, eu acho que eu sentia e o pegava para mim. Eu me sentia culpada por esse excesso de amor por ele, que o agradava, mas não a ela. E isso criou muitas e muitas situações difíceis. É isso aí. Então, mas apesar de tudo nós sempre fomos muito ligados, eu tenho uma família, minha mãe era realmente uma mãe coruja, como se diz, que fazia tudo pelos seus filhos. Não havia nada a reclamar na educação que ela me deu, nos cuidados que ela me deu. Era algo que eu sentia e da adolescência até pelo menos meus 30 anos, nós tivemos uma relação muito conflituosa.

I: Conflituosa?

Sra. V : Nós disputávamos muito. Eu não me sentia compreendida por ela. Eu me sentia agredida pelo (SILÊNCIO) que ela dizia ou pelo que ela fazia. Por exemplo, eu sentia que ela não me reconhecia como mãe. Ela era perfeita e ela estava sempre dizendo como eu devia fazer com meus filhos e eu não queria, enfim, esse tipo de coisa. E ainda, sempre este problema com o meu pai. Mas meu pai morreu jovem, brutalmente, e (SILÊNCIO), com 56 anos, e eu tinha 26, (SILÊNCIO), isso também foi muito difícil para mim , a morte de meu pai, eu demorei um tempo muito longo para superá-la. Eu acho que quase 20 anos para me sentir um pouco melhor, para poder olhar suas fotos ou falar sobre isso, sem que isso seja muito, muito doloroso. Mas, ao mesmo tempo, quando meu pai desapareceu, isso abriu enfim o caminho para eu me encontrar com a minha mãe. Eu fiz de tudo, com cerca de 26 anos de idade, eu comecei toda, não somente um mais trabalho mais aprofundado para mim, mas também todas as formações para me tornar terapeuta sofrologista. Isso me ajudou muito a me aproximar dela. A comunicar com ela, e também no final de sua vida, nós ficamos muito, muito próximas. Nós nos comunicávamos até mesmo por telepatia em uma cumplicidade que fazia com que eu a compreendesse muito bem, que fazia com que ela me compreendesse. Uma e outra não se sentia mais julgada, ou em rivalidade. Encontramos uma cumplicidade extraordinária. E (RESPIRA) e acho que ela estava muito interessada no meu caminho budista, ela também falou muito sobre isso, a filosofia e, em seguida, sobre a minha formação profissional e também o trabalho que fiz comigo mesma e sobre as minhas emoções, porque ela conhecia muito mal a minha vida, as minhas dores, minhas experiências e ela estava interessada em saber como eu estava fazendo para tentar superar tudo isso. E ela sofreu muito com a morte de meu pai, num primeiro momento, ela quis se deixar morrer. Então, a partir daí, ela compartilhou bastante comigo e me pediu conselhos, numa tentativa própria de se sentir melhor, de ir melhor, de avançar. Assim, nós ficamos, muito, muito próximas nos últimos anos de sua vida (SILÊNCIO). Além de mim, sem saber e sem pensar que ela estava indo para a sua própria morte, e sem saber o que eu ia viver, eu sempre tive o pressentimento de que, em um determinado momento, chegando aos trinta anos, eu disse agora é preciso que eu me aproxime dela, e eu encontrei o meio para que nós pudéssemos nos comunicar e nos amar, porque se ela morresse antes que eu fizesse isso, eu sempre ia querer, eu sempre ia, mais do que querer, me arrepender, eu me arrependeria. Então, felizmente, eu fiz isso. No mesmo momento em que eu tive minha hemorragia cerebral aqui em Toulouse, ela, ela foi hospitalizada em Perpignan, encontraram nela um tumor no mesmo lugar que o meu, mas ela morreu em três meses. Eu tive isso em abril, ela também teve isso em abril, ela morreu em julho. (SILÊNCIO). Assim, durante esses três meses, eu realmente fiz um grande trabalho físico com os fisioterapeutas, para voltar a andar, para falar um pouco, para que eu pudesse ir vê-la. Poderiam ter me levado em cadeira de rodas, mas minhas irmãs não queriam, porque eles estavam com medo de que minha mãe ficasse chocada. Elas não tinham contado para ela o que eu tive. E minha mãe nesse momento, podia ainda falar um pouco e ela perguntou por que a Véro não estava ali... por que a Véro não estava ali... ela está trabalhando muito, ela está ocupada, ela não quer vir... Minha mãe sentia que não era verdade, ela . Felizmente (Suspiro) . Felizmente, ela não morreu antes de eu chegar .

I : Hum, hum.

Sra. V : Quando cheguei, ela me perguntou, quando eu cheguei, a primeira pergunta que ela me fez foi que você teve? Você esteve doente, eu não conseguia falar bem. Eu fiz assim (DEMONSTRAÇÃO) e onde? Ela me perguntou onde? O quê? Eu fiz assim (DEMONSTRAÇÃO).

I: Hum, hum.

Sra. V: Ela entendeu. E depois (SILÊNCIO) é estranho, porque eu recuperava a palavra e ela, ela a perdia (SILÊNCIO), mas nós chegamos a nos comunicar. Tentei passar muito tempo com ela. Fiz muitas idas e vindas a Toulouse-Perpignan. E a cada vez um pouco

melhor, eu andava um pouco melhor, falava um pouco melhor foi assim. (BAIXO) e depois que ela morreu... Em julho. E há seis anos.

I: O que você acha dessa coincidência?

Sra. V : Bem, eu refleti muito sobre isso, porque em torno de mim, com o trabalho que eu faço, eu conheço somente profissionais do corpo médico, mas também pessoas que se interessavam, que tinham formações, que não eram reconhecidas antes na França, agora isso começa, por exemplo, a homeopatia é reconhecida na França e os médicos, os homeopatas, toda naturopatia e psicoterapia, todas essas coisas naturais, bom, agora se conhece bem. Eu, eu também tenho uma formação em energética, em medicina chinesa, tudo isso antes não era reconhecido, mesmo a acupuntura foi reconhecida na França depois de 25 anos, para mim, o caminho que eu fiz para me formar e o reconhecimento foi bem grande. Então eu pensei sobre essa questão com diferentes pessoas em diferentes áreas e notadamente todas as áreas relacionadas ao inconsciente emocional e eu procurei, com dificuldade também, o que eu não me lembrava e um dia fazendo um caminho aqui , não muito longe daqui, entre mim e meu trabalho, o momento em que se desencadeou a hemorragia porque os médicos procuraram o que a provocou, você sofreu um acidente de carro, que bateram em você, é que alguma coisa. Não, não, nada, não encontraram nada. Então, pouco a pouco, eu me lembrei que um mês antes, eu disse ao meu filho, eu não sei o que eu tenho, eu estou cansada, não como de costume, mas eu sempre trabalhava muito, eu experimentei estados fadiga intensa, mas não era assim. Havia algo mais, mas eu não sabia o quê. E eu tive um telefonema com a minha mãe que me disse uma vez também, eu sei o que eu tenho, eu estou cansada, e então eu perguntei a ela, você fez os exames, você viu o médico, sim procurei, não há nada, não encontram nada. Eles não procuraram nela imediatamente o tumor. E, de fato, naquele dia, no percurso entre a minha casa e meu trabalho, eu me lembrei que eu falei com a minha irmã no telefone e ela me disse que minha mãe voltou ao hospital porque ela não estava bem e que não encontraram nada e que eles iam fazer exames em seu cérebro. E lembrei-me que, no caminho, eu estava com muito medo pela a minha mãe. Pensei em um tumor no cérebro, e falei como se falasse para o céu, eu disse, se for possível, eu quero me ter o que ela tem. Não faz muito tempo que eu lembrei disso.

I : Hum, hum.

Sra. V : E 48 horas depois eu fui hospitalizada com urgência e lá, no início, o primeiro médico disse, oh, não é nada, talvez seja um problema do ouvido interno etc. Ele não queria pedir exame. Ele queria observar. E como (respira) a pessoa que me acompanhou até o hospital insistiu que eles fizeram uma varredura e ali, eles viram o sangramento e, em seguida, imediatamente fui para os cuidados intensivos. Assim, (SILÊNCIO) (RESPIRA), felizmente, ela parou por conta própria e não houve necessidade de abrir o crânio.

I: Hum, hum.

Sra. V: Sempre que eu sangrava, depois parava por si só. Foi uma sorte extraordinária, não somente uma vez, mas ocorreu quatro vezes. Uma vez grave e três vezes leves. Foi isso aí. (SUSPIRO RISO leve). Nós poderíamos falar por dias.

I: Sim, não. Estamos quase no final da entrevista, há algo que você queira adicionar sobre este tema do amor, da feminilidade, a dor que você não disse ?

Sra. V : Não, eu prefiro perguntar a você se no que eu disse, há algo que corresponde bem.

I: Sim, sim.

Sra. V: E o que você pode fazer?

I: Sim, e apenas uma última pergunta, o que é uma mulher para você?

Sra. V: Uma mulher?

I: Sim, na sua opinião?

Sra. V : Oh, é difícil resumir. Isso é ...

I: O que isso te evoca ?

Sra. V: Tantas coisas, eu acho que é como eu disse... a melhor representação do amor encarnado por tudo o que ele traz. Tudo o que ela pode fazer, porque também tem esta particularidade de dar a vida. (SILÊNCIO). É isso. Então, sim, este é o laço, não apenas a transmissão da vida, mas a transmissão de tudo o que representa o ser humano e notadamente seus valores, os valores, mas também suas emoções. A mulher também, para mim ela os vive, ela pode falar deles, ela não tem vergonha, ela pode viver plenamente, ela pode chorar , etc . Tudo isso é a representação mais completa para mim do ser humano. Porque eu acho que os homens por plenas razões diferentes são privados de uma série de aspectos que as mulheres possuem. São privados ou se privam, se fecham ou se contêm.

I: E você acha que você que está apaixonada por este conjugê com quem você está junto agora?

Sra. V: Se eu sinto paixão?

I: Sim.

Sra. V: Sim, eu diria que existem vários aspectos. Ela tem evoluído muito e, especialmente, os últimos tempos, quando eu vim ver para Gaspard para trabalhar. Nós conversamos muito sobre isso porque foi uma relação bem difícil. Apaixonada com o lado bom das coisas. Ao mesmo tempo, o lado duro do sofrimento, que faz retornar, ele reativa.

I : INAUDÍVEL.

Sra. V : A relação, o que ele me retribui, o comportamento, a atitude que ele tem comigo. As exigências que ele faz, o nível é muito alto, não apenas para agradá-lo e satisfazê-lo, mas para ter essa troca que eu sempre procuro ter para ele. E a doença que eu tenho algum igualmente focado nele. E meu filho (RESPIRA) Talvez, os dois representem um pouco como uma última esperança de encontrar exemplares de homens (SUSPIRO) de acordo com a imagem que eu espero e que eu esperei encontrar em toda a minha vida. Enquanto os homens me fizeram sofrer muito, não só os homens, os cônjuges, pais, irmãos, amigos, cônjuges, e eu também me pergunto muito sobre o que vai dar com o meu filho. Hum, porque neste momento, é muito curioso, mas houve somente felicidade com ele. Talvez porque eu também aprendi a evoluir na forma como eu me comporto e depois é o mesmo com o filho e com um pai, um irmão, um marido, é outra coisa e eu estou muito feliz com a relação que nós temos, tendo sempre o cuidado de dar o máximo de liberdade. Não só no sentido de que ele faz o que ele quer fazer, mas para evoluir por si por si mesmo sem a minha influência excessiva e ao mesmo tempo estou feliz que ele me dê a possibilidade de fazer de tudo para não ser apenas uma boa mãe, mas que tenhamos uma relação feliz e rica que nos traz felicidade mutuamente. E isso é realmente o que nós dois vivemos. Ele compartilhou comigo a doença, só ele vivia aqui comigo. Este é o único dos meus filhos que esteve lá, que me ajudou muito, aliás, ele queria fazer medicina, agora ele fez uma faculdade de química, porque ele entendeu e então se deu conta de que não queria ser médico, mas ele fez química e, então, temos uma ótima relação em diferentes planos, intelectual, afetivo. Eu fico realmente feliz com o ser humano que ele é. Bem, eu espero que ele continue a evoluir bem . Espero que ele aprenda, que ele saiba se projetar. Sim, porque ele tem uma tendência como eu a se entregar demais. A se expor demais, a se mostrar como ele é. É preciso mesmo não se expor demais.

I : Você já sentiu um sentimento de abandono com este cônjuge ou nas outras relações amorosas ?

Sra. V: Sim, claro, eu trabalhei isso, e até mesmo fora do meu tempo, meu primeiro abandono, falei sobre isso não há muito tempo com o Sr. Gaspard, porque quando eu formei na soffro, quando nos formamos, também somos obrigados a fazer a prática e há diferentes técnicas que permitem regredir muito, muito longe na vida infantil. Assim, durante uma sessão, eu vi como duas paredes muito, muito perto. Tão perto que eu pensei que o quarto era pequeno e alto e vi a tapeçaria, eu pensei que era a tapeçaria e, de repente, eu vejo duas mãos

grandes que descem para mim e eu fico surpresa, porque eu não tive medo. Ao contrário, eu sinto felicidade, uma grande alegria quando eu vejo estas duas mãos. Bem, eu encurtei a história, várias sessões, trabalhando para trazer de volta memórias e um dia perguntei a minha mãe, mamãe como foi o berço no qual eu fiquei quando eu era pequena, ela me descreve exatamente a tapeçaria e contando a minha história, de fato, a minha história é de segunda a sexta-feira, meu pai não estava lá, ele trabalhava em Paris e nós vivíamos na Normandia, a minha mãe estava deprimida por um motivo que eu não vou não dizer, mas ficou realmente infeliz com a ausência do meu pai, ele ter deixado seu país de origem.

I : Ela é originária de onde ?

Sra. V : Por 4 ou 5 gerações, meus pais eram franceses mas nasceram em Marrocos, então eles viveram lá, eles voltaram, vindo para a França na época da independência, dois meses antes do meu nascimento. Assim, não era só deixar seu país, o túmulo de seu pai, sua casa, seus amigos, chegando na França, eram tratados como estrangeiros, o frio, a neve, ela nunca tinha visto a neve. Grávida, meu pai não estava lá toda a semana. Hum, foi muito difícil para ela, ela estava doente, então eu acho que ainda bebê eu sentia enormemente o mal-estar e era meu irmão mais velho e minha irmã mais velha que cuidavam de mim já que ela, ela. E as duas mãos eram de meu pai na sexta-feira à noite quando ele retornava para casa e ele vinha me pegar e ele me mantinha com ele até domingo à noite . E domingo à noite, ele me colocava de novo no carrinho e meus irmãos e irmãs me diziam ah, quando você era pequena, você chorava o tempo todo de segunda a quinta-feira, e quinta-feira eu começava a me acalmar, a me habituar com a sua ausência e sexta-feira ele retornava, sábado e domingo, dois dias com ele o tempo todo nos braços, com muito carinho, amor, domingo à noite era deixada sozinha e por minha mãe. Agora, como mãe, e mesmo sabendo, eu imagino se ela fazia isso...

I : Ela estava deprimida ?

Sra. V : Sim, totalmente deprimida. Ela não fazia nada, enfim... eu não posso dizer que ela não se ocupava de mim, mas ela estava mal e eu gritava o tempo todo. Então, ela não sabia o que fazer e meu irmão e minha irmã me contaram que eles tentavam me ninar o tempo todo, nós te balançávamos no berço e a única coisa que me acalmava era o meu pai, porque eu devia sentir que ele, o amor, que ele estava feliz, sentir a felicidade, porque no resto da semana eu estava com a minha mãe, que não estava bem, meu irmão e minha irmã também deviam ficar mal. Então, eu vivia no meio de três pessoas que estavam infelizes, que choravam, que, que não estavam bem e quando meu pai chegava, ele devia ser (RESPIRA) outra coisa. Portanto, este é o primeiro, foi isso que eu encontrei quando trabalhei sobre mim, mas isso se repetiu o tempo todo e, especialmente, nas minhas relações amorosas, onde várias vezes, meu primeiro marido morreu, eu não posso dizer que ele me abandonou, ele não partiu, mas ainda assim, mais uma vez, foi isso. Já este companheiro, eu não posso dizer que ele me abandonou, porque ele me manteve na casa dele, mas ele sempre diz que é a casa dele. Estou na casa dele. Não estamos na nossa casa, e (SILÊNCIO) fico na casa dele, se eu me encaixo bem, ou se eu não fizer isso é um problema. Porque quando há um problema, ele propõe que eu vá se não ocorre tudo bem. Então, ali também é um abandono porque eu, nos primeiros cinco anos em que estivemos bem juntos, nós nos amamos, ele me parecia ser um homem forte no sentido de que eu poderia contar com ele. E desde que ele teve essa grande dificuldade que eu compreendo, eu não o julgo, mas em todo caso, sim certamente, eu ainda me senti abandonada.

I: Certo. Te agradeço muito por você ter aceitado participar dessa pesquisa.

Sra. V: Sim, com prazer, e espero que tudo ocorra bem no avanço dos estudos.

I: Muito obrigada.

Sra. V: Talvez eu tenha novidades com o senhor, senhor Gaspard. Bom retorno. Boa viagem .

I: Adeus.

ANEXO III: TRANSCRIÇÃO TRADUZIDA DA ENTREVISTA 2

ENTREVISTA 2

I : Então, obrigada por ter aceitado participar desta pesquisa. Eu sou estudante de Doutorado no Brasil e em Rennes. Eu vim em Rennes, em Toulouse, para fazer estas entrevistas e para uma pesquisa sobre o amor, sobre a feminilidade e a dor.

Sra. X : Sim.

I : Então você pode começar se apresentando.

Sra. X : Sim, de acordo. Então, eu me chamo P., aqui estou eu com 48 anos. E minha vida foi, não foi um rio tranquilo. Eu vivi durante, com alguém durante 21 anos, alguém que eu deixei com 40 anos, porque por 10 anos eu tive dores por todo o meu corpo. Eu tinha muita torcicolo, muitas dores articulares, eu fiz uma reação dermatológica, eu fiz, eu tive um líquen muito importante... e de fato é..., SILÊNCIO, com 40 anos eu encontrei alguém hum...pelo qual eu me apaixonei loucamente, eu tive um amor à primeira vista, mas realmente um amor à primeira vista, isso que a gente chama quando nos atinge e a gente não espera de modo algum. E, a partir disso, despertou em mim a vontade de sair da vida que eu tinha, porque eu estava martirizada pelas dores, eu acho que eu tentava amar, mas eu não conseguia mas... Eu não era mais a mulher que eu era 20 anos antes quando eu encontrei meu..., bom, não é meu marido mas era meu confidente, meu parceiro nessa época

I : Hum, hum.

Sra. X : Nós jamais nos casamos, nós tivemos três filhos. As crianças do amor, apesar de tudo, porque nós as amamos muito, as protegemos muito, mas eu acho que como casal, nós nos esquecemos e por isso nós dávamos muito aos nossos filhos, estávamos em uma vida rotineira. SILÊNCIO. E depois, isso apagou o casal, isso apagou o amor. E que pela moral judaico-cristã TOSSE que está sempre lá acima de nós, e isso fez que eu não quisesse partir por um longo tempo. E este encontro fez com que isso despertasse em mim, esse foi enfim o gatilho. E depois, portanto, eu saí dessa vida e em seguida infelizmente eu fiquei realmente infeliz, eu acho que eu desencadeei uma depressão SILÊNCIO severa, durante um ano, ela não veio completamente, mas sim devagar, 6 meses após a separação, e eu fiquei afastada do trabalho por um ano. SILÊNCIO +. E eu lutei, foi por isso que fiz os cursos, enfim, TOSSE, as sessões com Jean-Luc, porque eu estava muito, muito, muito mal. A depressão era a função vital. Ela me, isso preocupou muito todo mundo e notadamente meus filhos. Mas sempre para falar de amor e retornar para o amor, havia vários, mas enfim, havia o amor filial também, o amor de meus filhos, eu acho que este amor de fato foi o que salvou a minha vida. É isso. Pois é. SILÊNCIO. Depois a mulher que eu era não existia mais completamente, minha alegria de viver, minha vontade de fazer muitas coisas, era verdadeiramente restrita e eu estava em pedaços, estava verdadeiramente em pedaços. Então, SUSPIRO, INAUDÍVEL, eu coloquei, agora faz seis anos ou um pouco mais este ano que eu subi os degraus, eu passei as etapas, a pessoa que eu tinha, enfim, pela qual eu me apaixonei perdidamente me deixou é... 5 anos após minha separação. Nós não tínhamos vivido juntos, nós não tínhamos filhos juntos, é... infelizmente eu me dei conta que, naquele momento, as minhas dores estavam retornando em meu corpo. E portanto elas não tinham me deixado de fato, pois era mais um mal-estar que uma história, enfim, INAUDÍVEL. E hoje, hoje, eu, eu, eu, eu não compreendi no momento em que me deixaram INAUDÍVEL + PROBLEMA COM O GRAVADOR, eu não compreendi porque me deixaram e de fato eu fiquei um pouco mal, SILÊNCIO sem deixar verdadeiramente de ser bom, era preciso recomeçar tudo, estas dores e sobretudo o lado

direito.

I : Como são essas dores ?

Sra. X : Elas partem da cabeça violentamente e descem para todo o lado direito e isso provoca, é, é, SILÊNCIO, uma espécie de atrofia muscular. SILÊNCIO. E no hospital, me disseram que eu desencadeei uma fibromialgia.

I : Hum.

Sra. X : Mas que não havia medicamentos exceto tratar por uma terapia SILÊNCIO e que só havia realmente este recurso e é..., cuidar de mim e sobretudo trabalhar meu corpo também porque havia ele, eu sentia que eu tinha um, SILÊNCIO, FALA MAIS FORTE quando minha cabeça sobre meu corpo me fazia mal. TOSSE. E as dores eram muito comuns também. Eu não podia mais dobrar as pernas e de fato eu tinha o corpo dividido em dois, eu tinha a impressão de que esta metade de fato, ela não queria, ela não queria responder a nada. E hoje, é melhor, porque é, é menos, menos intenso. SILÊNCIO. É, isso vem apenas em pico e eu me dei conta quando realmente meu cérebro, SUSPIRO, enfim, acontece alguma coisa, um tipo de neblina na minha cabeça e a partir dali, isso ganhou fundo. Então, eu continuo, eu lutei muito porque eu quero viver, apesar dos sofrimentos, apesar do mal que me fizeram, às vezes eu posso ter lágrimas que vêm quando isso vai embora e depois, isso vai, isso vai. E, portanto, é verdade que este sofrimento eu acho que é relacionado, que está ligado sim ao fato de que, para mim, o amor que é o que é a vida. E vendo que eu não era amada como eu queria, acho que se transformou em sofrimento sim.

I : Em um sofrimento no corpo? INAUDÍVEL

6''52

Sra. X : Acho que o fato de que eu estava, de que eu não estava curada em minha cabeça, finalmente provocou a relação direta com o sofrimento do corpo, era realmente um sofrimento corporal e eu não conseguia parar. Então, SILÊNCIO por isso eu lutei muito, eu me dei conta de que, em certos momentos, quando eu decidia, uh, é uma questão de vontade também, quando eu decidia parar com isso, depois disso tomava proporções que eram sustentáveis.

I : Mas como?

Sra. X : Bem, na verdade eram dores, eram dores constantes, de fato eram como cortes de facas em todos os lugares, tanto nos maxilares quanto nos dedos dos pés, mas não no nível do coração, foi realmente o outro lado. E SILÊNCIO, e se eu ficasse deitada, elas se intensificavam, não adiantava nada, me disseram que era preciso descansar um pouco, mas não adiantava nada. Só quando, por exemplo, eu decidi sair casa, ou não me trancar naquele universo, no meu quarto sob a minha colcha, que eu saí e cheguei, eu caminhava e ia tomar banho, banhos quentes ou outros, ou ver uma amiga até mesmo para conversar, realmente eu percebi que eles enfraqueciam as dores. Isso desapareceu, progressivamente, de fato, isso desapareceu. Meu cérebro ficou aliviado quando passei a pensar em outra coisa, quando eu não ruminei, quando eu pude falar justamente sobre o que eu sentia a uma amiga e, de fato, pouco a pouco, eu senti que pouco a pouco de fato isso se libertava. De repente, estava ali, com uma libertação e um apaziguamento SILÊNCIO e pouco a pouco até em baixo, eis que progressivamente isso desapareceu. SILÊNCIO. E, assim, finalmente eu poderia afastá-las, porque se eu ficar em casa sozinha, ainda hoje às vezes, elas se fazem presentes.

I : E elas começaram após esta relação amorosa ?

Sra. : Não, antes.

I : Antes.

9''23

Sra. : Eu acho que elas já existiam antes da separação de meu, do pai dos meus filhos. Porque era uma forma de, SILÊNCIO, meu corpo não, SILÊNCIO, enfim, eu não podia mais suportar a vida que eu tinha e como não havia mais amor e apesar de tudo eu quis amar, enfim

eu estava lá para isso no meu casamento, em relação à meus filhos.

I. Vocês ficaram juntos por quanto tempo ?

Sra. X : Por 21 anos.

I : 21 anos.

Sra. X : Sim, mas havia começado, eu não diria 10 anos, mas cinco anos antes da separação, antes de eu sair. Elas realmente existiam, mas eram de uma outra forma de qualquer maneira. Elas não eram invasivas por todos os lados. Elas aconteciam sobretudo no nível da cabeça, porque eu tinha muito torcicolo, tinha perda da voz, não podia mais falar era um pouco revelador porque eu não cheguei a colocar para fora o que eu tinha naquele momento, eu não tinha acompanhamento psicológico, não me foi proposto, me foram dados os medicamentos para acalmar as minhas dores. Do bom tipo de antidepressivos ou analgésicos. Eu percebi muito, muito, muito nos últimos dois anos, do fato de que eu fiz isso, bem, eu também liberei toda esta doença da pele que foi uh, pff SUSPIRO insuportável com os INAUDÍVEL, os, os, eu coçava dia e noite, eu rasguei minha pele, na verdade, era insuportável. Então, eu não conseguia mais dormir, era um círculo vicioso. SILÊNCIO. Mas é verdade que começou cinco anos antes da separação, realmente cinco anos antes.

I : Foi você quem decidiu partir?

Sra. X : Sim, fui eu. Sim, fui eu porque, apesar de tudo, eu sabia que eu não o amava mais e que era um pouco vergonhoso, porque os meus pais, todo mundo me dizia que não era possível, você pode não partir, você percebe que uma história como essa não pode ser interrompida. Foi, SILÊNCIO e depois eu fiquei. Fiquei neste universo, eu ruminava o tempo todo, cogitava e eu fiquei, e eu, e depois eu fiquei mal direto. Eu não queria fazer nada, eu não queria sair no fim de semana com meus filhos. Eu não queria fazer nada, realmente nada que fosse. Então, sem que eu esperasse, essa história de amor veio e me permitiu partir e acho que deposei muita esperança também. Foi como um renascimento, uma renovação e realmente, apesar de não ter feito passar as dores, porque a pessoa por quem me apaixonei que eu realmente amei passionalmente, na verdade teve medo, teve medo de nossa história.

I : Mas medo por quê?

Sra. X : Medo porque ele não teve filhos, SILÊNCIO para amar, e eu tinha três e a parceria era difícil. Isso não era justo com ele e ele tentou muito ficar, muitas apesar, apesar do fato de que eu sabia disso, porque nós realmente nos gostávamos, mas que aí, 5 anos depois 6, enfim, 5 anos 6 anos entre os dois, ele decidiu terminar porque para ele isso também se tornou insuportável. E nós nos dilaceramos completamente, chegou também a se dilacerar verbalmente, embora nós nos amássemos para além disso. SILÊNCIO, aqui está. Depois não havia mais respeito nem de um nem de outro, e finalmente tornou-se a qualquer coisa. Mas, apesar disso, apesar da separação, eu continuei a amá-lo.

13''08

E assim se passaram agora dois anos desde que ele me deixou e ainda há dois meses, tive a impressão como se nada tivesse acontecido, o que eu fiz, eu, eu, eu enfim, eu estava em negação total na verdade. Porque eu queria que ele ficasse, eu queria continuar essa paixão, era realmente apaixonante entre nós e eu tinha a impressão de transbordar de amor, de desejo, de, de SILÊNCIO, mas isso não salvou a nossa história, na verdade. E sim, nós tínhamos muito, muito medo e é por isso que ele se foi, eu acho. E eu fiquei, pff, SUSPIRO.

I : « Por isso » exatamente por que ele partiu ?

Sra. X : Eu acho que principalmente porque ele queria um suspiro criança SUSPIRO.

I : Sim

Sra : E eu não poderia mais tê-los, eu já estava velha SILÊNCIO e este, este era o seu desejo acho que ter um filho comigo e vendo que não era possível para ele, se tornou doloroso. SILÊNCIO . Mesmo, mesmo a gente se gostasse sinceramente, sem, sem, aqui , sem frescura, sem mistério, sem. SILÊNCIO. Mas a cada vez que conversamos nós fazemos

muito mal um ao outro. Por não querer que ele fosse, eu me agarrava a ele e ele, ele se manteve a distância, ele realmente não queria que eu entrasse na vida dela, me apresentar a sua família, visse seus amigos, de modo ele me colocou para fora e este amor que eu queria dar SILÊNCIO o tempo todo, porque estou sempre transbordando de amor em mim e bem SILÊNCIO, isso não encontrou solução. Ele não conseguia encontrar uma solução e eu me agarrei o tempo todo, talvez pelo medo da solidão. Eu nunca tinha ficado sozinha e SILÊNCIO e eu não aceitava isso. Eu não aceitava o fato de que eu me TOSSE encontrava sozinha, totalmente sozinha com todo esse amor que eu não sabo a quem dar. SILÊNCIO. Depois eu tinha o amor pelos meus filhos, mas não era o mesmo SILÊNCIO, INAUDÍVEL me perdi muito, fiquei dois anos pff SUSPIRO, um ano e meio sendo infeliz, realmente sendo muito infeliz.

15''26

SILÊNCIO+ E o meu coração se despedaçou, realmente se despedaçou, o meu coração foi quebrado pela pessoa, porque eu tinha conseguido o acompanhamento psicológico, com todas as coisas que eu tinha trabalhado, eu consegui voltar desse mergulho, e SILÊNCIO, SILÊNCIO+ e depois os sofrimentos não desapareceram, não completamente, eu tive picos muito significativos, notadamente na Páscoa, SILÊNCIO +, porque eu não tinha antecipado o fato de que eu poderia encontrá-lo na cidade e na verdade isso foi o que aconteceu, eu esbarrei nele e isso reacendeu este amor somente pelo olhar. INAUDÍVEL, ruído.

I : Você não falou com ele ?

Sra. : Sim, nós nos falávamos, mesmo olhando-o sem falar com ele, eu sabia que ele tinha sempre meu, meus sentimentos, que eram muito, muito profundos e muito fortes. SILÊNCIO +, então nós discutimos muito, ficamos juntos e tudo não foi senão isso, isso tinha reacendido a chama.

16''33

E essa foi a primeira semana de férias da Páscoa do ano de 2012 e durante a segunda semana eu estava muito doente, eu estava realmente muito mal. Meu lado direito estava realmente, SUSPIRO, uh, tinha reavivado as dores e eu não consegui fazê-las passar, então eu voltei para a cama e passei, me isolei por 5 dias.

I : Hum

Sra. X: E eu não era mais nada, na verdade eu não me tornei mais nada mais uma vez. SILÊNCIO. Então eu falei com Jean-Luc para dizer a ele, preciso que eu... é preciso que você me receba absolutamente porque é necessário que eu faça alguma coisa e foi isso que ele fez, então ele me recebeu na semana seguinte, mas passei cinco dias com verdadeiros pesadelos. SILÊNCIO, porque eu conseguia mais comer, mais falar, mais SUSPIRO SILÊNCIO eu não podia mais chamar meus amigos, eu estava completamente doente sobre esta dor que foi provocada, SUSPIRO, finalmente, por não sei mais o quê, porque fazia muito tempo que eu não tinha um relacionamento com este homem e de repente ele reapareceu como se tudo fosse recomeçar e eu acreditei nisso.

I : Apenas olhando-o...

Sra. X: Sim. SILÊNCIO. E pior, depois eu decidi dizer que não, não era possível terminar assim, não é possível se nós recomeçamos assim. E então eu fui um pouco diferente, então agora em cada ocasião onde eu sei que posso encontrá-lo, eu não vou, em uma noite ou SILÊNCIO, ou por uma razão de trabalho.

I : Você trabalha com o quê?

Sra. X : Eu sou professora, trabalho com crianças da escola primária, e ele também, foi assim que a gente se reencontrou.

I : Hum hum.

Sra. X : Em minha escola.

I : Vocês trabalham na mesma escola ?

Sra X : Não, ele trabalhou por um ano, o ano em que nos conhecemos. E depois que ele foi para outro lugar. Mas como não é muito longe, INAUDÍVEL nossa escola, quando tínhamos reuniões conjuntas, eu sabia que ele estaria lá, e então eu dizia não, eu não irei, eu prefiro não vê-lo mais por um longo tempo, para que isso não me fizesse mal. SILÊNCIO. Então ele, eu sei que ele não sofre assim, porque ele é homem e é diferente com um homem sem dúvida, mas eu, de fato, tanto que estou assim, eu realmente tenho muita feminilidade e eu quero realmente. Sempre contou para mim ser uma mulher assim... E você bem marcou que este é um homem, assim que é diferente e para a mulhere, é ... é diferente também.

I : E com o amor, o que você pensa ? Você pensa que é diferente ?

Sra. X : SUSPIRO ah de fato, de fato quando nos falamos, ele me diz do amor, o amor é... não é tudo o amor. Bem, eu disse que sim! É sim o amor, não se pode viver sem o amor, não se pode viver assim, tudo é questão de amor, se não se respeita as pessoas, isto é, quando nós as respeitamos significa que nós as amamos, enfim, há toda esta noção por detrás para mim, e é ser gentil, prestar atenção, é também não dizer palavras ofensivas demais, é entender o outro e, em um dado momento, eu acho que é isso que nos separou neste amor. SILÊNCIO , eu acho que ele se fechou e ele podia ter tentado entender, ele não quis mais falar, enquanto eu queria continuar a exteriorizar tudo o que eu sentia, hum, a dizer! Porque eu sempre tinha algo a dizer e acho que isso que é diferente, em um dado momento, muitas mulheres falam muito, elas se exprimem em suas próprias palavras, durante muito tempo como alguma coisa inesgotável, que vem, que é sempre alimentada. Com os homens não acho que seja dessa forma, os homens, eu acho que eles fazem amor, mas além disso, acho que eles não sabem dizer as coisas como nós sabemos dizer . SILÊNCIO.

I : Hum hum.

Sra. X : Com palavras bem precisas, com vontade de falar sobre tudo, sem, sem, assim, sem SILÊNCIO, sem barreiras, sem SILÊNCIO sem esta verdade que está sempre aí, porque eu tenho amigos, é parecido, na minha idade e antes, quando eu tinha trinta anos, eu não achava isso em absoluto, eu acho que eu era mais, é... SILÊNCIO, vamos dizer mais despreocupada e na medida em que minha vida avançou como eu acho que eu realmente tive necessidade de algo diferente e eu pensei que tinha encontrado nesse homem aquilo que eu buscava, o que eu buscava de fato. Porque no início nós justamente conversávamos muito, passávamos horas conversando. E na medida em que a história avançou SILÊNCIO, ele passou a falar menos, e foi mais no gesto, na relação amorosa, no relacionamento físico, que ele encontrou sua forma, e que eu enfim tinha isso, tinha este desejo, tinha também vontade de me expressar através pela palavra, pelo diálogo e num dado momento, ele não podia mais.

I : Mas você disse que com ele você encontrou, o que você encontrou, o que você procurava?

Sra, X : Sim.

I : E o que era isso que você procurava ?

Sra. X : Cumplicidade, SILÊNCIO, uh, amizade também, ainda que houvesse o amor, havia também amizade, uma grande cumplicidade, coisas que se faziam sem precisarem serem ditas. Então, era, não sei, uma reação, alguma coisa ou certas informações, por exemplo, nós tínhamos as mesmas reações, tínhamos as mesmas reflexões, e assim, nós poderíamos até mesmo passar horas sem nos falarmos, mas sabíamos que estávamos lá um para o outro, enfim, que havia alguma que acontecia. Era, de fato, isso o que eu procurava, eu acho, que nós ficássemos juntos, amigos, amantes, cúmplices. Às vezes, nós não estávamos de acordo, então podíamos dizer sem que tivesse um choque entre nós. SILÊNCIO. Uma espécie de plenitude, de fato. É isso, é uma plenitude. Era um sentimento de que eu estava satisfeita. SILÊNCIO. Depois disso, nesta vida que eu tinha na minha cabeça como a ideal, eu esqueci a, é..., eu esqueci meus filhos. Ele me obrigou a esquecer meus filhos, por causa do fato de ele não ter filhos, me impôs a não falar de meus filhos .

I : E eles têm que idades, seu filhos ?

Sra. X : Meus filhos têm, enfim, hoje há um que tem 25 anos, o outro 19 anos, o outro 13 anos. São três meninos com quem eu me entendo muito, muito bem e eu tinha, eu tive, de fato, que renegar isso quando eu estava com ele e SILÊNCIO, mas pouco importa, não importava para mim, na medida em que eu tinha uma relação exclusiva com este homem. SILÊNCIO. E na medida em que ele não queria passar a vida com os meus filhos, eu me dizia bom é assim, você vai ter a sua vida com seus filhos e quando você estiver com ele você vai ter a sua vida com ele. Mas, de fato, em um ponto, num dado momento, isso não funcionou.

I : Mas era uma demanda dele não conhecer melhor seus filhos ?

Sra. X : Sim.

I : Ele disse isso explicitamente ?

24''50

Sra. X : Sim, ele dizia isso não é possível. Ele me amava, mas não podia fazer mais. E ele me disse assim mesmo frequentemente. E pra mim, isso me doía nesses momentos, eu chorava porque eu queria outra coisa, mas ele, ele não queria isso, logo, não podia, não posso forçar alguém, enfim. Mas em um dado momento, eu pensei justamente que o amor com o A maiúculo, salvaria nosso casamento. E, como eu vi que ele realmente me amava, à sua maneira, mas que ele me amava, eu pensei que ele realmente cederia, de fato, eu pensei que ele não iria embora. Eu estava convencida, mas eu me convenci, ele nunca me disse hein, era eu que dissia para mim mesma na minha cabeça. Ele acabou partindo e então eu tomei a ducha fria (RISOS), ali eu tomei a ducha fria. Mas ele partiu sem realmente partir . Ele ele ele não foi muito longe, e depois de tempos em tempos ele me chamava ou me convidava para ir ao restaurante, depois ele fazia, como um SILÊNCIO que continuava SILÊNCIO .

I : E então ?

Sra. X : E então havia de fato sempre esta ambivalência e esta insegurança afetiva SILÊNCIO em que eu me encontra mais porque ele partiu depois, ele não me dava mais notícias por três semanas, durante um mês e depois de repente ele reaparecia.

I : E como você se sentiu nesta relação e esta ambivalência ?

Sra. X : Eu, como eu senti isso ?

I : Sim.

Sra. X : De fato, depois eu me coloquei em situação de espera, eu esperava, e a espera, é terrível esperar. Porque nunca sabe o que se vai encontrar no final e a gente diz para si mesmo, quando se levanta de manhã, a gente diz sim bah, talvez hoje, ele vai, ele vai, ele vai telefonar, e vai dizer que ele vem. SUSPIRO. E, de fato, ele nunca voltou porque se ele ligava era para dizer bom você quer ir comer no restaurante, isso te fazia feliz e depois parava por aí. Então, a gente sempre tinha pequenos gestos tenros, um em direção ao outro, pequenos gestos de cumplicidade, porque esta era a nossa cumplicidade de fato, a gente brincava um com o outro, como adolescentes de fato. Eu vejo agora com os meus filhos que tem amigas, enfim, namoradas, SILÊNCIO, eu não cresci, eu acho, eu não tinha crescido, eu realmente queria ser o que eu era antes de conhecer o pai dos meus filhos, eu acho.

I : E como você era antes de conhecer o pai de seus filhos?

Sra. X : Eu era muito alegre, muito social.

I : Quantos anos você tinha nesta época quando o conheceu?

Sra. X : Eu tinha 20 anos. E, de fato, antes dos meus 20 anos, é verdade que eu estava na festa, tudo estava na imprudência, na alegria, na, SUSPIRO, eu, eu fui muito amada quando eu era criança. Muito amado pelos meus avós, eu era muito amada pelos meus parentes, meus tios, minhas tias, meus primos, minhas primas. SILÊNCIO, bom minha mãe foi dura comigo, eu acho.

I : Como ?

Sra. X : Bem, de uma grande severidade, acho que ela me amava, mas à sua maneira.

Ela não era uma mamãe tateável. Eu mal podia tocar mamãe, sim ter uma relação física, enfim, um abraço. Com meu pai sim, mas com minha mãe, aliás eu ajustei muitas coisas com minha mãe em sessão de psicoterapia, porque era uma espécie de possessão, ela era muito possessiva.

I : Possessiva como ? Como foi a sua relação com ela ?

Sra. X : Hum, eu tenho muito cuidado com a minha mãe, porque ela queria saber tudo, ela não queria que me fizessem mal, e por isso, me surprotegeait e eu de fato sempre quis escapar. Eu custei um pouco para garantir a paz para mim mesma. Eu vou sair, você não vai sair mas eu sim, a gente que sempre esteve em grande conflito, mesmo na adolescência, eu era uma menina muito, muito sábia e, assim, quando eu cheguei na adolescência, foi mais difícil. Mas, apesar disso, apesar da minha rebeldia, apesar da minha vontade de dizer não, de dizer que aqui você não tem direito, hum, ela era realmente, muito, hum, ela retia todo mundo, era uma mãe, era realmente uma matriarca.

I: Você tem irmãos e irmãs?

Sra. X: Eu tenho uma irmã, mas minha irmã não foi em absoluto elevada assim.

I: Ela é mais velha ou mais nova?

Sra. X: Mais jovem, então, na verdade, acho que ela viu o que a mamãe fazia comigo, mas na verdade agora eu não a quero mais com mamãe, porque, porque eu ajustei um monte de coisas, ela queria que eu conseguisse, ela realmente foi... LONGO SUSPIRO, FÔLEGO, ela não me perdoava em nada, era necessário que eu conseguisse, eu não tinha escolha e depois eu INAUDÍVEL, eu tive sucesso na escola, então, isso ela não suportava, porque ela queria que eu fosse mais longe que ela nos estudos, ela queria que, bom, tudo foi por seu crédito, mas SILÊNCIO, mas ela não respeitava o que eu era. Eu era um engano, eu não podia ser como ela, pensativa, colocada, mamãe não era sociável em absoluto, era uma selvagem, ela não queria ver as pessoas e eu era o contrário, eu tinha necessidade das pessoas e por isso eu acho que ela ficava com ciúmes de mim, SILÊNCIO, então ela queria nos guardar para ela de fato. E com a minha irmã isso não aconteceu assim, porque com a minha irmã porque ela não deixou, SILÊNCIO, nunca. Minha irmã se dobrou, ela construiu seu mundo, ela não viu ninguém, ela nunca viu alguém, ela nunca convidou amigos ou alguém e SILÊNCIO e eu não sei porquê, mas é verdade que isso, isso, isso, depois, mesmo na adolescência nada nunca foi perguntado à minha irmã, SILÊNCIO, e ela fez um jardim secreto e permaneceu lá. Depois que eu não digo que ela não tinha nenhum sofrimento, porque ela fala para mim agora, que ela, que ela é adulta, que ela sofreu. Na verdade , nós dois sofremos de bulimia, anorexia SILÊNCIO + .

I : E como foi com você? Bulimia e anorexia ?

Sra. X: Na verdade, foi quando eu era adolescente SILÊNCIO, eu devia ter 12-13 anos. E de fato eu era educada principalmente pelos meus avós. Estávamos todos no mesmo casarão, meus avós, meus pais, crianças, filhos, netos e toda a família em torno TOSSE e SILÊNCIO e, na verdade, eu fazia na quarta-feira, quando eu voltava do colégio, enfim, antes era na quinta-feira, eu comia, comia, comia, comia, comia e de fato depois que eu provocava o vômito SILÊNCIO durante horas. SILÊNCIO e minha mãe nunca soube de nada , ela não via. E recentemente eu conversei com a minha irmã, eu admiti para ela e minha irmã me disse, mas eu fazia a mesma coisa SILÊNCIO + + , mas minha irmã nunca viu um psi. E eu percebi que apesar de com ela ter sido muito diferente de mim, mesmo ela estando protegida de minha mãe SILÊNCIO ainda havia alguma coisa que não ia bem.

I: Você disse que sua mãe nunca viu isso, mas você acha que na época você tinha feito isso, endereçado a ela para ser você ?

Sra. X: Sim, sim, eu acho que era algo que eu não conseguia dizer que eu não chegava a expressar, eu não podia ser no, enfim, a gente se irritava muito, estamos em o conflito, mas nada se resolvia. E eu não podia falar em absoluto, de nada, nem de ninguém, eu não falava

nada e eu guardei isso por 25 anos comigo. E depois que eu cresci e bom ele me deixou com um pouco mais de liberdade e então eu fazia a festa, ia com as amigas, no fim de semana, eu conseguia ter uma escapatória, bom isso passou, depois não foi mais assim. E depois, com 20 anos, eu conheci o pai dos meus filhos e então eu fiz a vida do jeito que minha mãe que eu fizesse minha vida.

I: E você teve relacionamentos amorosos antes?

Sra. X: Sim,

I: E como foi?

Sra. X: E bem, na verdade, ela sempre queria que fosse feito em casa, ela queria conhecer a pessoa, saber quem eu estava, ela queria ditar um pouco. Mas eu acho que não era por maldade. Foi por SILÊNCIO para o medo. Por angústia.

I : Por angústia de quê ?

Sra. X : Bem, angústia de que me acontecesse alguma coisa, que eu acabasse com pessoas más, angústia que, mamãe sempre estava com angústia e ainda hoje, te garanto. Mas, hum, em outras angústias. Mas ela ficava muito angustiada com isso, que eu não voltasse, que me acontecesse alguma coisa, esse era o seu pretexto. Não era preciso que me acontecesse nada, era preciso que ela soubesse onde eu estava ou com quem eu estava, o tempo todo. E eu, eu não tinha especialmente vontade de dizer tudo a ela, enfim, eu era uma adolescente e na época da adolescência, não se tem vontade de confiar todos os seus segredos a sua mãe, enfim, não era o meu caso. Longe disso, papai dizia, deixe-a. Deixa-a apro..., deixe-a aproveitar. SILÊNCIO. E ela se sentia muito mal. Ela dizia sim, mas SUSPIRO, era muito, muito duro. E às vezes, para me punir, se tinha festas, com meus primos, ou com meus... ou na casa das minhas tias, ela vinha me buscar para que eu ficasse de fato e minhas tias diziam para ela, mas deixa-a tranquila, veja, ela é gentil, não faz nada de errado. Para ela, isso não funcionava, era preciso que eu fosse como ela. Então, ela não me deixava ser livre como eu queria. Ela me sufocou um pouco.

I : Sim, era exclusivamente com você ou sua irmã.

Sra. X: Sim comigo. À minha irmã ela não pedia tudo isso. Ela nunca perguntou a ela. E foi bem por isso que eu disse a mim mesma que eu nunca faria isso com os meus filhos, nunca, porque eu ainda pareço muito com a minha mãe em alguns aspectos. Sou completa, ela também é completa. Enfim, há uma abundância de coisas desse tipo. Mas eu não posso fazer isso com meus filhos. Eu falo muito com eles, os meus são meninos, eu não queria menina, eu sempre disse que eu não quero filhas.

I : Por que não ?

Sra. X : SILÊNCIO, porque eu vivi isso com minha mãe e não queria que isso se reproduzisse novamente, eu não queria cometer o mesmo erro com uma filha.

I: Você acha que a relação entre mãe e filha é mais difícil que a entre uma mãe e os meninos?

Sra. X: Sim, SILÊNCIO, sim. Eu sempre pensei.

E: E por quê?

Sra. X: Porque há uma rivalidade mãe-filha. E se não podemos falar disso num determinado momento, é destrutivo. Eu acho que isso que aconteceu foi o ponto de partida para tudo o que se passou comigo. É esta relação com esta mãe que era intrusiva, não agressiva, mas que para mim ea SILÊNCIO +, era destrutiva porque ela não me respeitava, ela não queria me ver como eu era. Então eu disse a mim mesma, não espere, mas se você fizer a mesma coisa com uma filha, com sua filha, como é que você vai fazer. Se você não pode evitar, porque é verdade que eu sou possessiva em alguns aspectos. Se eu não deixei ir embora o último homem que me amou e que eu amei, foi porque eu tinha a posse em algum lugar. Eu não queria que me rouba isso. Mas eu entendi então. Eu não tinha, na época eu não entendia, o que aconteceu comigo. Mas eu acho que é isso, eu sofro quando me roubam o que

eu quero. E eu dizia em algum lugar, não é possível, é infernal. E eu sempre repeti desde que eu era adolescente, se você tiver filhos, você não terá uma menina e eu não tive. Eu só tive meninos.

I: Então você acha que essa relação de mãe e filha parece um pouco o tipo de relação amorosa que você tem com os homens?

Sra. X : Sim. SILÊNCIO. Sim, porque eu reencontrei no meu primeiro homem, o pai dos meus filhos SILÊNCIO. Ele fazia o mesmo, era no masculino o que SILÊNCIO o que minha mãe era no feminino. Ele tinha a mesma ideia de posse, a SILÊNCIO, a mesma ideia de segurança, eu continuei, na verdade SILÊNCIO, eu me refugiei, embora eu tenha lutado contra isso, eu me refugiei no mesmo tipo de relação com um homem. Eu não tinha a mesma relação com o meu pai. TOSSE. Mas foi minha mãe, que dominou, eu acho, então eu acho INAUDÍVEL na minha primeira infância, na minha infância, na minha adolescência, meu pai não era muito presente como autoridade. Era minha mãe que fazia a autoridade SILÊNCIO e depois quando foi preciso, que me apaixonei, apesar de tudo era sempre dirigida por ele. Tornou-se o patriarcado, mas, apesar disso, eram os mesmos sintomas de fato. Os mesmos sentimentos, eu era regida pela mesma coisa. E então este último homem que eu amava apaixonadamente, eu acho que foi semelhante em alguns aspectos, eu cai no mesmo jogo , na verdade. Há sempre uma ideia de dominação. E, SILÊNCIO , eu volto no tempo, SILÊNCIO + e é aí que eu digo que me desapropriam, porque eu procuro ser pego por isso, na verdade. Por isso, me fazem coisas e depois eu me dou conta que eu sofro porque eu quero continuar, mas não consigo, eu tenho que dar o tempo todo. E eu acho que isso sempre foi assim na minha vida. E hoje eu me digo não, acabou isso, você não fará isso de novo, nunca mais. Está terminado. Eu, eu não posso mais. Porque eu sei do que se trata. Eu sei o que isso provoca. Então não é possível. Não é mais possível viver desse jeito. Eu não posso viver o resto da minha vida assim. Agora é a minha decisão .

I: E como você chegou a esta solução?

Sra. X: SUSPIRO, ah, inicialmente, eu acho que eu levava umas bofetadas e oferecia a outra face e, em seguida, em um dado momento, eu disse a mim mesma espere, mas você vai fazer isso por toda a sua vida. Fazem mal a você, você deixa, você continua a querer fazer o bem ao seu redor, enquanto tu persegues quase nada. Mas me perseguem porque estou fazendo assim. Se eu tivesse feito de outra forma, não me perseguiriam. Acabei dizendo a mim mesma, você não pode, não podem, não podem mais te fazer isso.

40''

Você não pode mais ser a perseguida. Eu não quero perseguir da minha parte porque não me interessa, mas eu não quero mais que me persigam. Eu não quero mais isso. Então eu disse, dizer agora deixe fluir, e foi assim que eu deixei. SILÊNCIO. INAUDÍVEL. Dizer a si mesma bem, tudo vai partir e o que vai restar de você. Eu não olhava para o meu rosto. Foi muito difícil para mim. SILÊNCIO. Eu tinha medo de descobrir algo não muito bom. Mas, na verdade, essa isso. SILÊNCIO. Meus filhos me confortavam muito. Você é uma boa mãe, nós te amamos, enfim. E eu me dizia isso já é muito. E depois falando ao meu redor, com amigos e amigos de amigos. Na verdade eu só via as mesmas pessoas, eles reproduziam os mesmos padrões, eles eram sempre os mesmos. Eles são assim e eles se reencontram e refazem a mesma coisa o tempo todo.

I: Em repetição.

Sra. X : Sim. Ainda ontem, eu tive a minha melhor amiga que me ligou, ela voltou a ter um relacionamento, faz três anos desde que ela se separou, ela tinha conhecido alguém e três anos depois ele pediu para morar com ela. Então ela vendeu seu apartamento, ele deixou seu apartamento alugado e eles construíram uma casa e já fazem dois meses que eles estão juntos, ontem ela me contou, mas você sabe que eu me dei conta de que eu fiz a mesma coisa. Eu tinha uma vida de merda (RISOS), por assim dizer, com meu ex-marido e agora estou

fazendo a mesma coisa. Eu disse que sim, mas então você estará se dando conta antes. SILÊNCIO. E eu tinha orgulho de dizer que eu recuei. Eu estava sofrendo, com certeza. Eu sofreria ainda, é claro, mas, em qualquer caso, eu acho que me faria menos mal, porque eu tive esse tempo de recuo, na verdade. Eu não queria . Porque eu não queria a solidão, eu não queria ver o meu rosto. Eu não queria, mas SILÊNCIO é um bem que vem para o mal, ou um mal que vem para um bem, um mal que vem para o bem porque eu acredito, hoje, e eu disse, ninguém tem mais o direito de fazer isso com você e não me fizeram mais. E SILÊNCIO e isso me faz me sentir bem em compensação. E é por isso que tenho muito menos dor, eu acho.

I : Hum, hum.

Sra. X: Porque eu me respeito. Eu me respeito e retomei a confiança em mim. SILÊNCIO. Porque eu estava tão quebrada que eu construí reconstruí passo a passo. Um tijolo após o outro, todos os dias e, finalmente, eu acho que cheguei a um bom resultado.

I: E você encontrou alguém depois desta última relação?

Sra. X: Foi ontem.

I: Ah sim.

Sra. X : Sim, foi ontem, (RISO RADIANTE) ontem à noite eu encontrei uma pessoa.

I: E como foi?

Sra. X: Na verdade, era alguém com quem eu já tinha encontrado há um ano e, bom, tanto um quanto o outro estavam envolvidos em coisas um pouco difíceis ainda. E eu tinha dito a minha amiga, enfim, foi uma colega de trabalho que me apresentou a ele. E eu disse, ele é simpático, essa pessoa, nós rimos bastante e nos damos bem e eu acho que nós poderíamos ter bons momentos. Bem, parou por aí. Há um mês e meio, minha amiga deu um jeito para que nós nos reencontrássemos. Depois disso, nada aconteceu, ele dormiu a tarde toda, porque (RISOS) ele estava cansado. E depois de uma noite na casa de uma amiga, uma inauguração, e, imediatamente, nós sentimos a necessidade de estar um com o outro. Nós conversamos bastante, rimos muito, dançamos juntos, e eu realmente me acalmei. Porque eu tinha muitas dúvidas sobre a minha feminilidade.

I: Quais dúvidas?

Sra. X : No mais, de poder satisfazer como eu queria satisfazer. Que ele não goste da mulher que eu sou, enfim esta mulher que fala besteiras, essa vontade de rir, essa vontade de cantar assim (RISOS) o encanta. Eu fiquei com medo, eu fiquei com medo de que ele não gostasse do jeito que eu sou. E, de fato, esse cara me tranquilizou. Ele me disse que não, absolutamente, você está muito bem assim e eu gosto bastante, eu gosto, eu gosto disso. Então, não, não é preciso que você mude em nada. E, então eu sou muito cara, na verdade, quando eu tenho vontade de dizer alguma coisa, tem que sair, não pode ficar em mim, justamente isso me faz mal se fica.

45'06''

Então agora eu digo ah, você é aquela que você sempre foi, você diz as coisas, tanto faz se isso faz SILÊNCIO bem, ou se faz mal. Não faz mal para as pessoas, eles vão se arranjar. Minha preocupação era de que eu não queria magoar os outros. Então, eu sempre me comprava uma conduta. Eu sempre tentava estar nas unhas, para ser amado. Amar, ser amado, amar. E eu não chegava, em um dado momento, até o fundo das coisas. E, de fato, ontem eu fiz isso. Eu disse que, depois de tudo, que não importa, não importa, não importa, se isso se rompe ou se passa. Você não tem nada a perder, você não tem nada a ganhar, então é isso, vai ser assim. E, de fato, funcionou.

I: Está indo bem?

Sra. X : Sim. Está bom. Ficamos juntos até esta manhã. Foi ótimo. Rimos muito, e aí tivemos momentos de cumplicidade, trocas, disso aí. E ali eu disse a mim mesma, bem, sim, você vê que não está se enganando, finalmente, é preciso que você faça aquilo que você

realmente é. Sem ter dúvida sobre si mesmo, sobre o que você é, e assim, sobre a sua personalidade. Mas antes disso, quando eu havia reencontrado o gosto das coisas. O sabor quer dizer, como dizer, porque eu sempre tinha uma tendência a me destruir, na verdade. Quando eu tinha uma dor, ah, eu bebia às vezes. Eu fumava muito. Bem, eu fumo ainda hein, mas muito menos. Eu sempre tinha uma tendência a olhar sobretudo para mim. Eu me perseguia muito, eu me perseguia e a única coisa que eu encontrava não era perseguir os outros para mas fazer mal a mim, na verdade. Eu levo tudo e mea culpa. Então, aí eu disse que não, que isso é mais possível para mim, você não pode mais fazer isso. Assim, aí eu perdi o fio em compensação, o que eu queria dizer..

I: Não, está bem...

Sra. X: Sim, e isso era a autodestruição, que eu tinha continuamente. Acho que era sempre essa dúvida que retornava o tempo todo. SILÊNCIO.

I: E o que fez mudar, você tem uma religião?

Sra. X: Então, quando eu fiz a minha depressão, eu tive que SILÊNCIO mudar as coisas, notadamente mudar os, mudar os, mudar os hábitos alimentares. Porque me disseram que em parte poderia vir disso, mas eu acho que isso veio sobretudo da minha cabeça. Foram as dores articulares em particular, isso poderia ser porvolado pelas proteínas BV. Então eu mudei tudo no meu...na minha dieta. Passei para a soja, enfim, eu não comia mais carne vermelha. Eu tinham certificado, então, enfim, eu me inclinei para isso, eu estudei muito o assunto. Então, aí eu estudei tudo sobre o fator RH..., enfim, grupo sanguíneo, isso melhorou, é verdade, um pouco das dores articulares, elas praticamente não desapareceram porque eu sei que... elas estão lá. Apesar de tudo, eu tive menos dor. Então eu disse, ah isso é uma coisa boa. E, de fato, depois que eu mudei na, como dizer, SILÊNCIO, na minha maneira de ocupar de mim, de me olhar. Eu pratiquei massagens, eu fui em um instituto para que me massagassem o corpo. Eu fiz, eu fiz banhos quentes, eu fiz a caminhada, aí, isso mudou uma imagem em mim. Também aliviou minha mente, porque eu acho que quando se caminha, há alguma coisa que libera as coisas, o estresse em particular então isso, isso me ajudou muito. Eu também me liguei, paralelamente, em fazer atividades suaves, como Tai-chi, o Chi Kong e eu realmente descobrir uma paixão por isso. Alguma coisa que está em continuidade, e ainda há momentos em que eu trabalho sobre a respiração. Eu trabalho com a mente também. A meditação, em parte, e que eu não sei por qual operação nisso, talvez seja um pouco pela magia SILÊNCIO, isso me aliviou, me acalmou. Aqui e de fato, o apaziguamento da alma, porque meu trabalho sobre a alma fez com que eu visse as coisas de outra forma diante mim. Eu já não via mais esse futuro negro, esse negro INAUDÍVEL, onde eu ia morrer completamente sozinha, onde eu ia acabar sozinha na minha vida, onde eu não conseguiria nada, na minha vida profissional, na vida pessoal, oh era horrível. E, de fato, bah nada disso de fato. Eu realmente olhei o mundo de outra forma.

50'38''

I: E o que você espera do futuro?

Sra. X: Então, agora ... SILÊNCIO ... Espero viajar, foi o que eu já comecei a fazer desde fevereiro passado já que eu fui à Cuba... ver o sol, as pessoas que são legais, divertidas, que dançam. Então essa foi uma etapa sagrada, porque eu fui completamente sozinha para provar a mim mesma que eu era capaz e eu sou capaz...e depois hum... SILÊNCIO.

I: E por que você escolheu Cuba? Isso é...

Sra. X: Porque eu gosto muito de salsa e eu gosto muito de dançar de forma geral, eu dançava o tempo todo, todos os dias RISOS e eu tinha vontade de descobrir e, bem, de fato tinham me falado muito de Cuba e como era a minha primeira viagem mais longe, sozinha, eu disse a mim mesma, ah, vai que você consegue, mesmo com a presença das tuas dores, às vezes com as dores eu não posso andar, por exemplo, eu disse a mim mesma se isso acontecer com você lá, que você entre em pânico, se você tiver os seus medos de pânico como você vai

fazer? Na verdade, eu nunca (INSISTE NO NUNCA) tinha. Eu nunca (INSISTE NOVAMENTE) tive uma única dor articular ou dificuldade.

I: Você ficou quanto tempo lá?

Sra. X: 8 dias. E, então, foi super bem. Eu fiz uma viagem extraordinária, com a minha mala. Eu achei isso ótimo, conheci algumas pessoas muito simpáticas, alguns franceses que estavam na viagem até lá, em Cuba, e, assim, gostei dessa maneira de... de viajar, esta forma de ser... SILÊNCIO...então eu disse a mim mesma, ah, você vai continuar no próximo ano, então eu penso em Costa Rica RISOS...seria uma grande coisa... e depois também tive vontade de conhecer mais pessoas SILÊNCIO e, sobretudo... SIL+... amigos, na verdade. Porque eu sinto que meus amigos, alguns em todo caso, precisam... de mim. E então, como somos muito amigos e realmente muito próximos uns dos outros, somos cinco, nós realmente... faz muitos anos que dura, INAUDÍVEL, eles sempre estiveram presentes, e quando eles precisam de mim, somos...muito, muito solidários, e eu tenho vontade de ajudá-los, de estar lá para eles e de fazer coisas juntos e... SILÊNCIO+... e depois tenho os meus filhos crescendo, eu tenho um filho que... vai completar 26 anos e eu não me dei conta. E eu vou à Paris na casa dele por alguns dias para ver a sua vida, sua nova vida e...

I: Ele tem amigos?

Sra. X: Sim. Fazer as coisas com ele novamente. E, em seguida, bem... também fazer as coisas com meus outros dois filhos, mas de maneiras diferentes, porque, como eles mais jovens e a gente não pode fazer as mesmas coisas, não é... as mesmas expectativas.

I: Eles vivem com ?

Sra. X: Eles estão em guarda alternada. Hum. E assim, eu tenho a intenção de no início de agosto sair com meu filho mais novo, que tem 13 anos, porque o outro que tem 19 anos vai trabalhar, ele trabalha neste verão. Vamos partir para fazer caminhadas nas... na montanha juntos durante alguns dias... depois é isso... a vida é isso também... tem um senso de esforço.

I: Você falou bastante sobre seu filho mais velho, é que você pode falar um pouco sobre o seu pai e os avós que viveram juntos?

Sra. X: Sim! Então... meu pai hum... é um ser muito doce, muito impulsivo também, mas... doce. SILÊNCIO. Eu realmente nunca pude abraçá-lo... realmente como eu queria. Parecido um pouco com a mamãe, mas eu sabia que era permitido. Mas não ousava fazê-lo. Porque com a mamãe nunca era permitido. E papai me adorava, tinha todo o tempo para mim uh... colocava em um pedestal... SILÊNCIO... tudo o que eu fazia na minha vida hum... era extraordinário. E então... o que tinha que acontecer aconteceu. Quando eu caí em depressão, pai ficou muito inquieto. Ele alimentou uma série de inquietações, muitas... na verdade, ele adoeceu. Ele desencadeou um câncer na verdade. SILÊNCIO. E bom, nisso ele está curado, a pouco tempo, eles tiveram medo de que reaparecesse, mas bom, vamos dizer que... não é preciso pensar nisso e... SIL +... e a relação com papai é muito... ele passa pela música, é por isso que eu acho que eu sou uma... INAUDÍVEL temos os mesmos gostos musicais, também temos muito em comum em relação à natureza, porque papai me levou muito para caça e para pesca. E eu adorava, eu esperava por esse momento, de sair de casa e de ficar só com o meu pai.

I: Eram apenas você e seu pai?

Sra. X: Sim. Um momento de intensa cumplicidade com o papai. E como funcionava, porque aqui... outra vez... era... é um pouco duro SILÊNCIO+... Perdão... SILÊNCIO+... INSPIRA FORTE... SILÊNCIO +. Vou levar um lenço (SUSSURA) INAUDÍVEL. SILÊNCIO + ... Perdão.

I: Não, fique a vontade. SIL + + + (30 segundos)

Sra. X: Na verdade, quando eu estava com o pai, tudo ficava bem. RESPIRA FORTE, FUNGA. A natureza era bela, a vida era bela com ele. SIL++. Ele me ensinou a reconhecer as aves, FUNGA, as árvores, SILÊNCIO, FUNGA, e de fato não tinha mais nada que contasse,

apenas nós... com papai (CHORA). E depois, quando mamãe ficava entre nós... INAUDÍVEL (CHORANDO). SILÊNCIO. Na verdade, descobrimos que nesses momentos com o papai, nesses momentos... nesses longos momentos, porque permanecíamos um longo tempo, ficávamos bastante tempo, nos falávamos de manhã cedo, era domingo na época, não era preciso dizer nada naquele momento, eu sabia que ele estava lá para mim e eu estava lá para ele, e é isso, tudo o que... tudo o que ele me dava era simplesmente a felicidade. Mesmo que não fosse grande coisa, porque papai não estudou, pai mal sabia ler, mal sabia escrever... mas era o meu pai. E eu sei que, hoje, nós podemos mais, não podemos mais fazer isso. Encontrarmos um ao outro. INAUDÍVEL... Eu acho que foi um dos maiores momentos da minha vida. Nós estávamos no meio da natureza, tinha eu que... que vinha amolá-lo, e então ele me levou algum tempo para descobrir o que o mundo. Havia apenas isso. Mas eu ficava sempre bem. Tudo o que ele gostava eu gostei. Eu amo a caça, eu amo a pesca, eu amo a música, como ele. Eu tenho meus amigos, eu os tenho sempre comigo. Eu sou idêntica a ele. Eu me reencontro o tempo todo nele. Minha mãe sempre dizia: " De qualquer maneira, que você é a cara de seu pai", assim, todo o que ele faz está bom.. E era verdade , era verdade. Papai era realmente alguém que... enfim. Ele ainda é, mas agora é diferente. Ele está velho e... SILÊNCIO... e é isso... E então... Noutro dia eu nós tentávamos lembrar como éramos nós dois. Porque mamãe tinha ciúmes, ela se intromete na nossa relação o tempo todo. Ela disse: "Oh, vocês dois, vocês dois" (FUNGA, SUSPIRA). Ela teve problemas com isso, mas papai sempre me deu tudo o que eu queria, era é a minha tranquilidade, nós andávamos pelas vinhas, andamos pelos milhos (FUNGA)... eu fazia barulho para que ele não matasse os pássaros... INAUDÍVEL... ele nunca disse nada... SILÊNCIO... Eu passava todos os finais de semana com ele, todo o tempo, todo o tempo que eu podia... eu ficava. Nós patíamos, andávamos, íamos de carro, os cachorros, nós levávamos os cães e, em seguida, hum... nós íamos para o lugar de sempre, aprender a pescar, hum, aprender a dançar juntos, recentemente, foi extraordinário, faziam 25 anos que eu não dançava com o papai. Dançamos juntos há um mês em um casamento. Ele ficou realmente feliz como todo pai. Ele estava muito feliz. Nós realmente dançamos parecido, dançamos do mesmo jeito.

1'00''34

É... é doido. E mesmo os meus tios e minhas tias diziam, é doido, INAUDÍVEL, acharam que era uma relação, não fusional, não era fusional, eu não acho que era. Não neste momento, era felicidade INAUDÍVEL. E depois meus avós passaram a viver com meus pais. Morávamos na mesma casa. E então eu realmente tive avós que compensavam a ausência de meus pais durante a semana, porque meus pais trabalhavam e, quando voltava, até, até o final do colégio, eu tinha então 14 anos, até meus 14 anos, eram meus avós que me criaram SILÊNCIO, que me deram muito, muito amor. Porque eles estavam ali, eles estavam lá, minha avó me ensinou a cozinhar. Meu avô me ensinou a fazer o jardim. RISOS, E FALANDO BAIXO, eu aprendi a plantar aspargos. E, depois, de fato, é bom quando você é uma criança ou adolescente, há coisas que são permitidas pelos avós e que não são permitidas pelos pais. Então, meus avós me permitiam andar com os pés descalços RISO, no jardim ou em casa quando meus pais não estavam lá. Provar a comida a qualquer momento. Me levavam, eu morava num vilarejo, me levavam para a festa do vilarejo, me deixavam andar no carrinho de bate-bate, ir para ao baile, jogar na loteria no inverno e ir no bar do bairro do vilarejo, foi tudo isso, então é verdade que eu realmente tive avós amorosos SILÊNCIO e realmente ali INAUDÍVEL meu mal-estar que eu digo a mim mesma, foi que foi preciso realmente que partir desta vida, com meu ex, pai dos meus filhos, isso é a morte da minha avó. A morte de minha avó foi um verdadeiro gatilho. Eu perdi a minha avó e eu realmente me senti como se tivesse perdido a minha mãe .

I : Por quê ?

Sra. X : Porque ela simplesmente tinha ido embora e ela sempre me dizia que me

amava, o que minha mãe nunca me disse, e minha avó sempre me dizia que me amava, sim. E quando ela se foi, foi terrível. O mundo desabou. E depois, bem depois de eu tive que fazer todo esse trabalho para... para aceitar a minha verdadeira mãe. Já que a minha mãe... minha avó não era minha mãe. Então, eu trouxe uma história familiar que também era complicada, porque minha mãe... minha avó era portuguesa. Ela veio durante a guerra, teve uma história muito difícil, imigrou para França, onde foi rejeitada e humilhada pelas pessoas. E a minha mãe em relação a isso, negou completamente a... sua origem. SILÊNCIO. Ela negou completamente a língua da minha avó, o português, ela negou completamente a família de minha avó. Ela não queria nada, ela nunca falou português. E é isso. E, de fato, minha mãe era o fruto do amor entre um francês e uma portuguesa. E...

I : E como isso aconteceu ?

Sra. X : Na verdade, minha avó chegou à França , no leste da França , e hum ... quando a guerra foi declarada pela Bélgica e por tudo mais, hum... todo o leste e norte foram evacuados, na realidade. E vieram para baixo com o resto da França, com vagões de gado. Então, quando ela chegou na Gironde, ao lado de Bordeaux, bem hum... as pessoas que estavam lá que estavam esperando... eram, enfim... os refugiados, SILÊNCIO eles estavam lá para acolher as pessoas nas casas. E meu avô materno, meu avô era viúvo há alguns meses, ele perdeu sua esposa, de meningite e tinha três filhos. E, na verdade... minha avó foi recebida pelo meu avô e eles se apaixonaram um pelo outro. Então, enfim, de repente, a união fez com que tivessem uma criança. A criança que era minha mãe. E... é complicada a minha história. Como ela negou o lado português, ela jamais se convenceu de que seu pai era meu avô. Na verdade, foi assim, ela não sabia se ela era realmente seu pai. É realmente um história um pouco obscura. Minha avó tinha dado a entender que não teria sido o meu avô, o pai! Este é um esboço. Assim, com a morte de minha avó, minha mãe recolocou em questão sua identidade pessoal. E eu não queria. E eu não queria. Porque vi o amor que eu tinha recebido de meu avô, que eu tomei como o pai da minha mãe, bem, eu discordei. Eu disse: "Escute, você não fala comigo sobre isso, você não acredita", e de fato a única carta que teria podido identificar o pai da minha mãe, o pai verdadeiro, mas não saberemos jamais. Minha mãe queimou a carta, por raiva ou não sei o quê, estupidez também, sem dúvida, e ela nunca perguntou a sua mãe antes de morrer. Ela nunca disse: "quem é o meu pai, que é o meu verdadeiro pai? Ele é realmente a pessoa com quem você viveu por muitos anos, depois de ter chegado, ou é outra pessoa?" E ela nunca fez... INTERROMPIDA.

I : E ela jamais duvidou desta parentalidade ?

Sra. X: Minha avó SILÊNCIO acabou dizendo um dia, que o... A minha avó tinha se casado em Portugal. Ela , ela foi forçada a se casar e teve um filho, ela teve um filho dessa união. E, de fato, quando ela veio para a França, ela veio com o marido português para trabalhar na França, porque a França precisava de mão de obra na época. Então eles vieram para trabalhar na França, e num dado momento minha avó era alguém... eu acho que muito sentimental, muito... ela lutou, ela tinha a força para lutar o tempo todo, ela lutou contra um monte de coisas, a guerra, enfim, um monte de coisas. E o, o... o exílio, atravessou de um monte de coisas. E ela seguiu o marido porque ele trabalhava nas estradas de ferro francesas e, na verdade, ela ia de cidade em cidade sem parar e, em seguida, depois de terem desembarcado no leste porque o leste recrutava nas fábricas e nas usinas de armamento para toda mão de obra portuguesa, polonesa, italiana. E então ela ficou lá, e de fato seu marido português nunca quis se divorciar dela, nunca quis dizer « sim eu concordo com o divórcio ». E de fato ela sempre esteve casada com ele e, de fato, nunca foi pôde se casar com meu avô, enfim, o pai que eu considero o pai da minha mãe. Mas o português vinha regularmente para se aproximar da minha avó. E a minha avó teria sugerido que... algumas vezes ela se rendeu aos seus avanços. Porque ele era violento, porque ela tinha medo apesar de tudo. E então minha mãe idealizou tudo, dizendo: "sim , mas veja, por isso é possível que este pai não seja o

meu pai, que seja outro homem, você estava casada com ele", e minha mãe sempre teve a dúvida, e desde a morte de minha avó, eu acho que dobrou, por isso ela também sofre em seu corpo, mas de uma maneira diferente da que eu sofri .

I: E você acha que há uma repetição do relacionamento que você tem com sua mãe, e o relacionamento da sua mãe com a sua avó, como você vê essa relação ?

Sra. X: Conflituosa também. Porque elas viviam sob o mesmo teto. Na verdade, eram duas mulheres com personalidade forte sob o mesmo teto. E isso nem sempre foi muito claro para o meu pai, porque meu avô estava lá continuamente. E os velhos, eles pensavam que era a casa deles. E, de fato, os meus pais os acolheram. E eram sempre terríveis conflitos porque eles brigavam muito. E depois minha avó depois dnos últimos anos de sua vida, ela morreu aos 82 anos... 90 anos ! 90 anos ! É isso que eu digo , 90 anos ! Não, ela não morreu aos 90 anos, ela tinha 89 anos e, hum... ela empestiava , ela envenenou a vida de minha mãe até o fim. Ela dava ordens enfim eu... era insuportável para a minha mãe ver que ela recebia seus amigos. Ela fazia os caprichos minha avó. Foi realmente terrível para minha mãe, para o casal, foi... para o meu pai e a minha mãe. E, hum, eu acho que a repetição se fez a partir de lá sim. Este conflito permanente que eu vi, e depois eu saí da história. Eu não quero negar meu lado português. Assim pulou uma geração, pulou a minha mãe. E eu continuei a trazer a história da minha avó.

I: Você aprendeu alguma coisa do português ?

Sra. X : Sim, eu aprendi, eu fiz algumas aulas, mas depois com a vida de separada e com três filhos, eu não cheguei a fazer aulas regulares... Eu não...eu não continuei... Mas... enfim. Eu não me sinto completamente francesa. Eu sempre tive um lado mediterrâneo pronunciado. E minha mãe não quer ouvir isso. Minha mãe me disse "não você é francesa". E mesmo com o meu 25% português não é possível... não é normal enfim. E, ao contrário da minha irmã, ela é como a minha mãe, ela rejeitou completamente o lado português, completamente. E, na verdade, eu tenho filhos que têm o tipo, na verdade, eles puxaram não sei porquê enquanto a minha irmã teve dois filhos que não possuem de forma alguma o tipo, loiros de olhos azuis RISOS, eu tive morenos de olhos negros, com olhos como os meus INAUDÍVEL, como em Portugal. E depois hum... com uma pele muito, muito mate, e então eu tenho que este lado que saiu nos meus filhos, e, assim as crianças dizem "oh a gente é de uma distante origem portuguesa", o que coloca a minha mãe enfurecida. Um pouco menos nos últimos tempos, enquanto conforme ela fica mais velha e tem medo da morte, eu acho que ela escuta o que você pode dizer. E eu acho que eu fiz isso também. E eu era capaz de dizer a mim mesma "não, não é verdade... você não está nesta espiral que colocam você, enfim...".

I: A sua mãe ou a avó teve dor no nível do corpo também?

Sra. X: Minha mãe tinha sim, continuamente.

I: O que ela ela tinha, sua mãe?

Sra. X: As mesmas que eu.

I: Que você?

Sra. X: Sim. Mas ela não quis se tratar. Ela nunca quis fazer nada. Na verdade, ele começou um pouco mais cedo que eu aos 36 anos, porque com a idade de 36 anos, meu pai quis partir e... e ela não queria que ele partisse. E foi aí que ela começou a ter as primeiras dores físicas.

I: Em relação à causa amorosa, também?

Sra. X: sim. Sim, ela não se tratou, ela não tentou. Não fez psicoterapia, nem tentou aliviar a alma, ela não queria e ela diz o tempo todo que hoje ela tem um monte de problemas nas articulações e... e de um lado, o lado direito (RISADA). E eu, eu disse: não, eu não posso, eu não posso fazer o que ela faz, não é possível, e ela diz "mas você está certo, é preciso que você se cuide, não é preciso que você faça como eu fiz", então é bom que ela tenha entendido as coisas ainda. Porque ela me disse: "oh. Eu sofri", e ela sofre terrivelmente, e como ela

nunca resolveu nada, nunca, tem sido assim sempre, ela suportou, ela sempre queria deixar assim, desse jeito, por vezes era a sua escolha, e bem, ela agora tem 72 anos.

I: E eles ainda estão juntos?

1'15''04

Sra. X : Sim. E agora ela diz que está feliz. Porque não há muito tempo, ela me disse que foi estava infeliz durante toda a sua vida. Eu respondi-lhe, sim, mas você fez essa escolha. Então você a assumiu. E então talvez à força, enfim, frequentemente, muitas vezes ela repetiu isso para mim, quando eu tinha 18 anos, 20 anos , era tinha caprichos atroz e era chantagem, ela sempre dizia : "sim, mas eu nunca fui feliz", e eu não entendia porque, para mim meu pai era um deus. E eu não entendia porque ela não estava feliz. Mas, eu era somente menina , eu não era a mulher que compartilhava, que estava junta com meu pai, então eu acho que tinham coisas impossíveis para ela, talvez mais hoje que naquela época, as pessoas não se divorciavam, não se deixavam e então ela enfrentou e não foi sempre fácil, longe disso. Mas, na verdade, ele não faz se rebelou e hoje me diz que está feliz. Mas não impede que ela esteja sempre com suas dores. Embora ela tenha me dito recentemente "agora estou feliz". E quando o meu pai teve câncer, em compensação ela não estava bem. Porque ela tinha acabado de me dizer que eles estavam finalmente feliz.

I: Justo quando ele ficou doente ?

Sra. X : Sim, e hum, mas ali, francamente, eles estavam bem. Ali francamente, eles estavam, bom eles têm um modo de funcionamento um pouco particular, mas isso é cada casal, cada casal de idosos.

I: Sim, claro.

Sra. X: RISO. Isso não me choca, mas sim, devo admitir que eles estão bem juntos. Um depende do outro e é isso. Mas bom, é a sua escolha e eu respeito isso. Mas, eu acho que agora eles estão felizes. Ainda assim, eu espero que ele possam desfrutar mais alguns anos desta pequena felicidade. Porque seria uma pena, dado tudo o que eles passaram. E porque não, terminar bem e dizer que, tudo terminou e que terminamos bem.

I: Quem orienta sua vida?

Sra. X: Como?

I: Quem orienta a sua vida?

Sra. X: Quem orienta a minha vida?

I : Oui, ou o quê ?

I: Quem orienta a sua vida?

Sra. X: O quê?

I: Sim, isso..

Sra. X: Eu acho que é... SILÊNCIO, tudo simplesmente, é que eu amo a vida. Então eu acho que graças a essa infância que eu tive, em que eu realmente tive uma relação com a terra. Os pés na terra, o amor dos pássaros, a natureza, e tudo o que eu via ali, isso orienta a minha vida, no sentido que eu quero continuar a ver, INAUDÍVEL, em toda parte no mundo, em torno de mim. O que realmente orienta a minha vida, tanto pessoal como impessoal, profissional e neste momento, eu oriento minha carreira para a natureza, a floresta, enfim, os jardins, enfim, é isso, é realmente algo que emerge de minha casa hoje. Então isso toma um grande lugar. Depois disso, é o desejo de contato com os meus netos, porque eu sei que vou ter um dia e isso é simplesmente a felicidade. E depois dizer a mim mesma que eu sou uma pessoa de bem. E que eu tenho vontade de fazer as coisas bem, não só para mim, mas para as pessoas que eu amo. E também para as pessoas que retornam, especialmente. E os outros, pior para eles. Então, agora, houve a oportunidade, muito recentemente de dizer a mim mesma que, como eu sou aquela que eu sou e eu realmente acho que tenho qualidades, tenho falhas como todo mundo do mundo, mas é isso o amor, e a vontade de dar, o desejo de ser amado o tempo todo, que me leva a projetos de vida, mas não projetos amorosos, não é amor.

I : INAUDÍVEL

Sra. X: Bem, isso não é amor em du(dual) [transcrição original pouco clara.], enfim partilhado como eu pude viver.

I: INAUDÍVEL

Sra. X: Bom, porque é destrutiva no final.

I: Então, você mudou a maneira de amar.

Sra. X: Sim. De fato, eu percebi que não havia mais amor. E, de fato, há o amor e compartilhá-lo e ele não se compartilha somente com uma pessoa. Ele se compartilha com uma amizade e a amizade é uma forma de amor, e isso é muito, muito forte. Isso se compartilha com todas as crianças que estão ao meu redor. E também se compartilha nos projetos, nos encontros com as pessoas. E agora eu aprendi a amar os meus pais.

1'20''11

I: E como você encontrou esta solução na mudança de sua relação com o amor?

Sra. X: Porque eu não tinha escolha, eu acho, eu cheguei ao fundo do poço e no fundo do poço, em vez de parar no fundo do poço e depois não dizer não, não há mais nada, então você não avança, hum (FALA MENOS FORTE), é preciso que você ache as suas soluções. E eu li muito.

I: O que você leu?

Sra. X: Eu li muito sobre solidão. SILÊNCIO. E também sobre o amor compartilhado, o amor à dois, o amor e SILÊNCIO, eu li um romance, não tem muito tempo. Um romance que eu li, enfim o título mudou INAUDÍVEL eu não me lembro, porque na verdade eu passei uma noite às claras, então eu estou (PEQUENOS SONS) como ele se chamava, o romance. É um romance, um simples romance.

I : Do que se trata ?

Sra. X : É a história de uma mulher que é, que vive uma história passional com um SILÊNCIO, com um homem casado. Isso não foi o meu caso, bom, era uma outra história, mas o processo era o mesmo, de fato. E este homem prometeu-lhe o tempo todo durante anos que ele deixaria sua esposa e ele jamais deixou sua esposa, e ela ficou esperando o tempo todo, ela esperava. Ela ficou muito infeliz, as palavras que o escritor utiliza palavras são as palavras que eu teria usado se eu tivesse escrito este romance. Eram as mesmas. Era a mesma descrição do sofrimento, era a mesma descrição dos sentimentos SILÊNCIO, da espera, a insegurança, enfim, tudo o que me machucou. E isso páginas e páginas. E, no final, de fato, ela o perdoa SILÊNCIO, porque ela conhece alguém, e esse alguém vai ajudá-la a superar, de fato. Eu me desembarassei em alguma parte dessa hist... a história que vivi lendo, porque eu simplesmente me dizia "oh! " SUSPIRO, realmente, (BAIXO), realmente isso pode existir em outros lugares. Você não é a única a sen..., enfim, de fato isso que foi escrito era verdade (SURPRESA), e esta realidade, pode acontecer com outra pessoa. Ele não era só a mim que isso poderia acontecer. E então eu pensei, hum então, agora, está atrás de você, é seu passado. E você não pode mais amar, você o conheceu, é uma paixão e as pessoas nunca saberão a paixão e o amor que eu vivi. Eu sei muito bem que muitos que não viveram. SILÊNCIO, foi uma etapa em sua vida, ele foi, que durou um longo tempo e te fez sofrer muito, mas agora não é mais possível. SILÊNCIO. É passado, ainda é bom, mas também é uma memória ruim e eu disse a mim mesma que, agora o que é que é somente o amor. O que você pode, porque eu disse à pessoa que eu tenho visto ultimamente, e eu disse a este homem que eu amava, eu disse, mas hum! (SUSPIRO) o que eu vou fazer com todo esse amor! E lá eu estava balançando os braços, eu não sabia o que fazer. Eu estava perdida. E quando eu li esse romance, eu pensei, mas é evidente! Se essa pessoa não quer nada disso, você vai transformá-la, é isso. E, na verdade o transformei INAUDÍVEL. E eu acho que consegui. Consegui porque as pessoas querem me ver, as pessoas querem vir a mim e é muito amor. E não é este amor que eu sonhava, que eu conheci, que me atingiu em cheio e sobre o qual eu não soube

talvez ter mestria. Esta alquimia, que em um dado momento, acreditamos que encontramos o homem de sua vida (SUSPIRO) hoje eu tenho mais certeza que eu tinha encontrado o homem de nossa vida. Não é isso realmente que pode avançar uma vida, são múltiplas coisas, na verdade, isso assume muitas formas. E eu tenho muitos retornos. E isso é algo muito importante para mim e também todas as pequenas coisas às quais eu não dava muita importância antes. Apenas um sorriso, um olhar, ou é qualquer coisa de fato, isso me faz bem.

I : E agora, você acha que as suas dores melhoraram ? Ou então...

Sra. X : Ah, hum, eu não tive mais nos últimos tempos. Enfim, nas últimas semanas, não tive mais, porque de fato eu, minha mente hum, não tive tempo SILÊNCIO, porque eu posso mais dar este tempo a elas, eu quero viver outra coisa. Antes, eu não sabia quando era levada por isso, que era realmente, era como um vício, eu estava trancada lá dentro, e eu não conseguia sair. E então, quando eu estava neste nevoeiro, isso já me doía na cabeça e depois por todos os lados. Eu não dou mais tempo. Ele não tem mais o direito e de repente as dores desapareceram. Eu sei disso porque nos últimos três dias, eu festejei muito (RISOS), foi bem. Eu festejei muito e, geralmente, em um dado momento SILÊNCIO, há algum tempo, quando eu me divertia, de repente, eu ficava muito triste, era uma grande tristeza e eu não tinha mais vontade de estar onde eu estava. Então eu deixava, eu me isolava de fato. E eu tinha novamente as dores, de fato, eles me capturavam,. E então isso não aconteceu, absolutamente, ao contrário, eu não queria sair, enfim, eu estava muito feliz e eu, eu não tive nenhuma dor, nem fadiga, nem angústia, nem dor de cabeça, eu não tive, nenhuma. E faz um bom tempo que não acontece. Então agora eu vou fazer de tudo para que não aconteça de novo. Estou simplesmente consciente disso, SILÊNCIO, não sei o porquê. Mas, como às vezes eu não entendo porque ela aparecia (RUÍDO COM A BOCA – PEQUENO SUSPITO), as coisas que estavam além de mim, eu acho que posso conseguir reforço algumas poucas vezes talvez. Eu não sou imune a nada. Porque talvez eu seja assim, enfim, algo que eu, eu, enfim, eu sou atraído por isso . Eu não sei, eu não tinha ainda o, o, sim, a solução para isso, enfim eu não encontrei a chave para isso, mas o que eu sei é que eu tenho sintomas, e estes sintomas eu me recuso a tê-los. E sempre me disseram, quando eu comecei a doença, quando colocamos uma palavra sobre a fibro, SILÊNCIO, me disseram que é a única coisa que eu preciso fazer, é preciso que você lute contra isso. SILÊNCIO. Não é preciso que isso te ganhe. E em um dado momento, eu não podia, eu não tinha meios. E agora eu acho que entendi o que isso queria dizer. Então, eu realmente proveio nos últimos três dias, ah! (SUSPIRO) super feliz. Eu tive momentos fantásticos, realmente pequenos prazeres, agradecimentos da minha sala de aula, pelos meus alunos, pais, enfim (SUSPIRO) fabulosos, o truque, coisa super louca que (VIBRAÇÃO DE TELEFONE. Ah, é meu celular, eu vou responder, eu acho que é (SAI PARA ATENDER O TELEFONE 30 ") perdão.

I: Não, não se preocupe. Estamos quase no final, há alguma coisa que você deseja adicionar sobre o tema da busca do amor, da feminilidade ou da dor?

Sra. X: Sim, eu acho que uma mulher, que ela não deve se esquecer em uma relação amorosa. SILÊNCIO. Porque a perda de si, é hum, é destruidor. E eu acho que é preciso que as mulheres aprendam a dar com muita medida e moderação, porque tendo em vista como elas são feitas, hum, muita sensibilidade, muita..., sempre vontade de dar mais. Eu acho que, eu acho que alguns homens, alguns homens podem abusar. Bem, isso é o que eu queria dizer.

I: Muito obrigada pela sua participação.

Sra. X: Eu espero que não seja tão ruim o que eu disse (RISOS).

I: Foi bem sim.

ANEXO IV: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSITÉ RENNES 2 HAUTE BRETAGNE
UFR SCIENCES HUMAINES

Laurent Ottavi
Professeur de Psychopathologie
Département de Psychologie,
Laboratoire de Psychopathologie et
Clinique Psychanalytique

Université Rennes 2 Haute-Bretagne.
Place du recteur Henri Le Moal CS 24 307
35043 Rennes Cedex.
Tel +33 2 99 14 19 24.
Laurent.ottavi@uhb.fr

□ **Campus Villejean**

Place du Recteur
Henri Le Moal - CS 24307
35043 Rennes cedex - France

☎ Villejean-Université
Tél +33 (0)2 99 14 10 00

□ **Campus La Harpe**

Avenue Charles Tillon
CS 24414
35044 Rennes cedex - France

☎ J.F. Kennedy
Tél +33 (0)2 99 14 10 00

□ **Campus Mazier**

2, av. Antoine Mazier
22015 St-Brieuc cedex 1 - France
Tél +33 (0)2 96 60 43 00

www.uhb.fr

L'Université Rennes 2
Haute Bretagne
est une composante
de l'Europôle Universitaire
de Rennes, de l'Université
de Bretagne et du Réseau
des Universités de
l'Ouest Atlantique (RUOA)

-Directeur de l'Equipe de recherches
E.A. 4050 :
**« Recherches en psychopathologie :
nouveaux symptômes et lien
social »**,

Fax UFR Sciences humaines : +33 2 99
14 19 05
Cellule Recherche : 02 99 14 19 93
Secrétariat Recherche : 02 99 14 16 96

ATTESTATION

Le Comité d'éthique de la Recherche du Laboratoire EA 4050 de l'Université Rennes 2 (France) réuni le lundi 24 septembre 2012 a donné un avis favorable à la recherche doctorale présentée par Mademoiselle Gabriella Valle DUPIM DA SILVA intitulée : *«Angoisse, corps et douleur : particularités des choix amoureux »*.

Le comité s'est assuré que l'étude est menée au plan méthodologique dans le cadre d'un respect strict des règles de l'éthique et de la déontologie des recherches en Sciences humaines.

Le comité rappelle les préconisations suivantes :

- Toute modification substantielle au protocole de l'étude devra être notifiée au comité d'éthique afin de vérifier que les modifications proposées n'altèrent à aucun moment les garanties apportées aux personnes qui participent à la recherche.
- Les personnes ayant un accès direct prendront toutes les protections nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus.
- Si l'étude pour sa réalisation s'appuie sur le traitement de données médicales à caractère personnel, l'avis du Comité consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS), ainsi qu'une autorisation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) relative aux traitements des données à caractère personnel ayant pour finalité la recherche en soins courants devront être demandés.

En regard de cet avis, je délivre la présente attestation pour faire valoir ce que de droit.
Rennes, le 26 septembre 2012

Laurent OTTAVI
Directeur du Laboratoire EA 4050

(L. Ottavi)

REFERÊNCIAS:

ABELHAUSER, A. **La douleur: parole - ou fonction - du corps?**Conférence (inédate). II Jornada de Estudos do CLINP (Núcleo de Pesquisas Clínica Psicanalítica)-IP/UFRJ. Instituto de Psicologia/UFRJ: Rio de Janeiro, 2010.

_____. Le corps du refus dans notre modernité. In: GASPARD, J-L.; DOUCET, C. (Org.). **Pratiques et usages du corps dans notre modernité**. Toulouse: ERES, 2009. P. 47-56.

ALVAREZ, T. **Obras completas: Teresa de Jesus**. São Paulo: Loyola, 1995.

ANDRÉS, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ANSERMET, F. **Clínica da origem: criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARTON, P. T. Estatísticas. In: **Silicet dos Nomes do Pai**. Textos Preparatórios para o Congresso de Roma da Associação Mundial de Psicanálise, 2006. P. 46-48.

BASTOS, A. O corpo e o arrebatamento. In: BESSET, V. L.; CARNEIRO, H. F. (Org.). **A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. P. 135-146.

BASZANGER, I. **Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic**. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 1998.

BESSA, G. L. P. **Feminino: um conjunto aberto ao infinito**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

BESSET, V. L. A clínica da angústia: faces do real. In: BESSET, V. L. (Org.). **Angústia**. Vol. 1. São Paulo: Escuta, 2002. P. 15-29.

_____. Amor com-paixão, amor compulsão: pequeno ensaio sobre a paixão. In: **As paixões do ser**. Kalimeros – EBP – RJ. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. P. 187-200.

_____. Amor e dor: rima do gozo? In: **Opção Lacaniana** n. 32. Rio de Janeiro, p. 65-68, 2001b.

_____. O tratamento psicanalítico no tempo dos psicofármacos. **Pulsional**, XVII, 177, p.43-50, 2004.

_____. Quem sou eu? A questão do sujeito na clínica psicanalítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Vol. 49, n. 4, p. 64-71, 1997.

_____. Inibição e Sintoma: a angústia na clínica hoje. **Psyche**, São Paulo, v. 5, p. 29-37, 2000a.

_____. Quem tem medo da angústia? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. IV, n.1, p. 11-18, 2001a.

_____.; BARRETO, F. Um aporte psicanalítico para o tratamento da dor crônica. **Polêm!ca Revista Eletrônica**. V. 11, n. 3, p. 385-395, 2012.

_____.; BRANDÃO JUNIOR, P. M. C. Quando a dor faz corpo. **Revista Borrromeo**, n. 3. p. 433-449, 2012. Disponível em: <http://borrromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/QuandoadorfazcorpoLopesBesset.pdf> Acesso em: 23 abr. 2013.

_____.; CARRIJO, L. F.; BENEDICTO, E. C.; GASPARD, J-L.; TELES, H. P. R. S. Corpo e cortes. In: FUENTES, M.J.; VERAS, M. (Org.) **Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI**. Salvador: Corrupio, 2008. P. 133-143.

_____.; GASPARD, J-L.; DOUCET, C.; VERAS M. A. S.; COHEN. R. H. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza. Vol. X, n° 4, p. 1243-1267, 2010a.

_____.; ZANOTTI, S. V.; TENENBAUM, D.; SCHIMIDT, N.; FISHER, R.; FIGALE, V. Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. **Polêm!ca Revista Eletrônica**. V. 9, n. 4, p 35-42, 2010b.

BLANCARD, M.-H. La féminité et le désir de l'analyste. In: **Femme (s) en souffrance**. Scripta documents. Lille: ACF-CAPA, 2013. P. 7-16.

BONICA, J. **The management of pain**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o **Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_019.pdf. Acesso em: 22 mar. 2013. [2002a].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 472, de 24 de julho de 2002. **Aprova as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desaudef/dor-cronica/portaria_1319.pdf. Acesso em: 22 mar. 2013. [2002c].

BRASIL. Portaria GM/MS n.1.319, de 23 de julho de 2002. **Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atosnormativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-esaudef/dor-cronica/portaria_1319.pdf. Acesso em: 22 mar. 2013. [2002b].

BRASIL. Portaria SAS nº 859, de 12 de novembro de 2002. Aprova o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - uso de opiáceos no alívio da dor crônica - codeína, morfina, metadona**. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_SAS_NR_859_12_NOVEMBRO_2002.pdf. Acesso em: 23 mar. 2013. [2002d].

BRODSKY, G. Síntoma y sexuación. In: **Del Edipo a la sexuación**. Buenos Aires: Paidós, 2008. P. 43-53.

BROUSSE, M-H. B. En busca de lo femenino. In: GOLDENBERG, M. (org.) **De astucias y**

estragos femeninos. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008. P. 17-23.

_____. La astucia de las niñas. In: SALMAS, S. (Org.), **Psicoanálisis con niños 2.** Buenos Aires: Grama ediciones, 2004b.

_____. La extimidad del pase. **Freudiana n. 31.** Barcelona: Paidós, 2011.

_____. Objetos estranhos, objetos imateriais: por que Lacan inclui a voz e o olhar na série dos objetos freudianos? **Arquivos da biblioteca n. 5.** Seção Rio da Escola Brasileira de Psicanálise, p. 63-74, 2008b.

_____. Objetos soletrados no corpo. **Arquivos da biblioteca n. 5.** Seção Rio da Escola Brasileira de Psicanálise, p. 29-46, 2008a.

_____. Uma dificuldade na análise das mulheres. In: **Ornicar?: 1. De Jacques Lacan a Lewis Carroll.** Rio de Janeiro: Zahar, 2004. P. 57-67.

CALDAS, H. Uma versão do feminino na contemporaneidade. In: CALDAS, H.; MURTA, A.; MURTA, C. (Org.). **O feminino que acontece no corpo: a prática da psicanálise.** Belo Horizonte. Scriptum Livros, 2012. P. 265-273.

CASTELLANOS, S. **El dolor y los lenguajes del cuerpo.** Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

CASTROM. M. C, *et al.* **Revista Psiquiatria Clínica.** 38(4), p. 126-129, 2011.

CASTRO, A. B. **Clínica de dor: origens, desenvolvimento e bases científicas.** Curitiba: Maio, 2003.

_____. Organização do serviço de dor crônica. In: ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípios e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2009. P. 121-132.

CAVALCANTE, A. B.; SAUER, J. F.; CHALOT, S. D.; ASSUMPÇÃO, A.; LAGE, L. V.; MATSUTANI, L. A.; MARQUES, A. P. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 40-48, 2006.

CLÉRAMBAULT, G. G. **L'érotomanie.** Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2002.

COHEN, R. H. P. **A lógica do fracasso escolar: psicanálise e educação.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

_____.; MIRANDA, C. E. S. Efeitos da fala sobre a dor no corpo. In : BESSET, V. E RUDGE, A. M. **Psicanálise e outros saberes.** Rio de Janeiro : Cia. De Freud/FAPERJ, 2012. P. 207-222.

DEWAMBRECHIES-LA SAGNA C.; DEFFIEUX, J.-P. Nota a la edición francesa. In: MILLER, J.A. **Embrollos del cuerpo.** Buenos Aires: Paidós, 2012. P. 11.

DOUCET C. Introduction. In: GASPARD, J.-L., DOUCET C. (Org.). **Pratiques et usages du corps dans notre modernité.** Toulouse: ERES, 2009. P. 17-18.

DRUMMOND, C. A devastação. **Opção Lacaniana online nova série.** v. 6, p.1-14, 2011.

Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero6/texto7.html>. Acesso em 28 out. 2013.

DSM-III-R. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1987.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUPIM, G. V. S. **A psicanálise na cidade: implicações**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 125 pp., 2009.

DUPIM, G. V. S.; BESSET, V. L. S. L.Devastação: um nome para dor de amor. **Opção Lacianiana online nova série**, v. 6, p. 1-6, 2011. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/devastacao_um_nome_para_dor_de_amor.pdfAcesso em 28 out. 2013.

DURAS, M. **Le ravissement de Lol. V. Stein**. Paris: Gallimard, 1964.

_____. **O amante**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

EBTINGER, P. Douleur dans la réalité subjective. **Mental. Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée** (Les psychanalystes et les médicaments). N. 19, p. 148-151, 2007.

ELDAR, S. **Mujeres, una por una**. Madrid: Editorial Gredos, 2009.

ESPINOZA, M. P. V. **A solução da dor. Fibromialgia e psicanálise**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013. 169 p.

EURÍPEDES. Medeia. 2013. Disponível em: <http://pensamentosnomadas.files.wordpress.com/2012/03/02-medeia.pdf>. Acesso em 08 dez. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1987.

FINK, B. **O sujeito lacianiano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006.

_____.17 conferencia: El sentido de los síntomas. Vol. XVI, p. 235-249, 1917b.

_____.33ª conferencia. La feminidad. Vol. XXII, p. 104-125,1933.

_____.Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre os sexos. Vol. XIX, p. 259-276, 1925.

_____.Análisis terminable e interminable. Vol. XVIII, p. 211-254, 1937.

_____.Carta 125 (9 de diciembre de 1899). Vol. I, p. 322, 1895g.

- _____.Carta 52 (14 de noviembre de 1896). Vol. I, p. 274-280, 1895e.
- _____.Carta 75 (6 de diciembre de 1897). Vol. I, p. 310-313, 1895f.
- _____.De la historia de una neurosis infantil. Vol. XVII, p. 1-112, 1918a.
- _____. Duelo y melancolía. Vol. XIV, p. 237-255, 1917a.
- _____.El malestar en la cultura. Vol. XXI, p. 57-142, 1930.
- _____.El tabú de la virginidad (Contribuciones a la psicología del amor, III). Vol. XI, p. 185- 203, 1918b.
- _____.El yo y el ello. Vol. XIX, p. 1-66, 1923b.
- _____.Estudios sobre la histeria. Vol. II, p. 1-195, 1895a.
- _____.Fragmento de análisis de un caso de histeria. Vol. VII, p. 1-107, 1905a.
- _____.Fragmentos de la correspondencia con Fliess (Manuscrito G. Melancolía). Vol. I, p. 239-246, 1895d.
- _____.Inhibición, síntoma y angustia.Vol. XX, p. 76-164, 1926.
- _____.Introducción de narcisimo. Vol. XIV, p. 65-104, 1914.
- _____.La descomposición de la personalidad psíquica. Vol. XXII, p. 53-74, 1932.
- _____.La organización genital infantil (Una interpolación de la teoría de la sexualidad). Vol. XIX, p. 141-159 1923a.
- _____.La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. Vol. XI, p. 205-216, 1910a.
- _____.Lo ominoso. Vol. XVII, p. 215-251, 1919a.
- _____.Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?Vol. I, p. 228-234, 1894.
- _____.Más allá del principio del placer. Vol. XVIII, p. 1-62, 1920.
- _____.Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. Vol. XVII, p. 173-200, 1919b.
- _____.Proyecto de Psicología. Vol. I, p. 323-446, 1895b.
- _____.Pulsiones y destinos de pulsión. Vol. XIV, p. 105-134, 1915a.
- _____.Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paroides) descrito autobiográficamente. Vol. XII, p. 1-76, 1911.
- _____.Puntualizaciones sobre el amor de transferència. Vol. XII, p. 159-174, 1915b.
- _____.Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en

calidad de neurosis de angustia. Vol. III, 85-116, 1895c).

_____. Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la psicología del amor, II). Vol. XI, p. 169-183, 1912.

_____. Sobre la sexualidad femenina. Vol. XXI, p. 233-244, 1931.

_____. Sobre las teorías sexuales infantiles. Vol. XIX, p. 183-201, 1908.

_____. Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor, I). Vol. XI, p. 155-168, 1910b.

_____. Tótem y tabú. Vol. XIII, p. 1-164, 1913-1914.

_____. Tres ensayos de teoría sexual. Vol. VII, p. 109-224, 1905b.

GAGLIANONE, J. L. Melancolía: El cuerpo en un caso de... In: MILLER, J.A. **Embrollos del cuerpo**. Buenos Aires: Paidós, 2012. P. 185-189.

_____. M. Sobre o sinthoma. In: **Afreudite**, n.º 7/8, p. 63-70, 2008.

GASPARD, J-L. Le corps du refus dans la modernité : l'exemple de la fibromyalgie. In: GASPARD, J-L., DOUCET C. (Org.). **Pratiques et usages du corps dans notre modernité**. Toulouse: ERES, 2009. P. 129-139.

_____. Relation thérapeutique et processus mutatifs dans le cadre des maladies auto-immunes. *Pratique psychologiques, L'accompagnement psychologie*. 14 (2), p. 161-170, 2008.

_____.; HAMON, R.; CHEIK, E., Marcas corporais: a dimensão da letra. **A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, v. 2, n. 2, p. 379-393, 2010a.

_____.; JUNIOR, N. S.; CHRISTIAN, I. L. D.; ASSADI, T. C.; DOUCET, C. Psicanálise e análise de discurso: elementos para uma investigação clínica futura. **A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, v. 2, n. 2, p. 361-378, 2010b.

GELLER, S. Palabras para la edición castellana. In: MILLER, J.-A. (Org.) **Embrollos del cuerpo**. Buenos Aires: Paidós, 2012. P. 9-10.

GOLDENBERG, M. **De astucias y estragos femeninos**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. **La investigación cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos**. São Paulo: Educ, 1999.

GORI, R. ; DEL VOLGO, M. J. **La santé totalitaire**. Essai sur a médicalisation de l'eistence. Paris : Denoël, 2005.

GUERCI, A.; CONSIGLIERE S. Por uma antropologia da dor. Nota preliminar. **ILHA**. Florianópolis, n. 0, p. 57-72, 1999.

HACCOUN, F. Les folles amoureuses. In: **La rencontre amoureuse – clinique de la contingence**. La Rochelle: Éditions Himeros, 2011. P. 73-84.

HAS. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 2013. Disponível em: <http://www.has-sante.fr>. Acesso em: 28 fev. 2013.

HOLCK, A. L. L. Mulheres e objetos – o Tecido em uma análise. **Opção Lacaniana**, n° 52, p. 88-91, 2008.

HOLCK, A. L. L. Relato. **Opção Lacaniana**, n° 50, p. 32-39, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). 2013. Disponível em: www.iasp-pain.org. Acesso em: 13 fev. 2013.

KAUFMAN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, [1965b]. P. 869-892.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958a]. P. 591-652.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1957]. P. 496-533.

_____. A significação do falo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958b]. P. 692-703.

_____. A Terceira. **Opção Lacaniana** n. 62. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, 2011 [1974].

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958c]. P. 537-590.

_____. Diretrizes para um Congresso sobre a sexualidade feminina. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958e]. P. 734-745.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1953]. P. 238-324.

_____. Homenagem a Margherite Duras pelo arrebatamento de Lol. V. Stein. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1965a]. P. 198-205.

_____. Homenagem a Marguerite Duras pelo arrebatamento de Lol. V. Stein. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1965]. P. 198-205.

_____. Intervenção sobre a transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1951]. P. 214-225.

_____. Joyce, o Sintoma. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1975]. P. 560-566.

_____. Juventude de Gide ou a letra e o desejo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1958d]. P. 749-775.

- _____. O Aturdito. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1972]. P. 449-497.
- _____. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1949]. P. 96-103.
- _____. O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção lacaniana*, Edições Eólia: São Paulo. N.32, dezembro 2001 [1966], p.8 -14.
- _____. **O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar. 1987, [1953-1954].
- _____. **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005 [1962-1963].
- _____. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1964].
- _____. **O seminário, livro 16: de um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1968-1969].
- _____. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-1970].
- _____. **O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante**. Rio de Janeiro. Zahar, 2009 [1971].
- _____. **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1954-1955].
- _____. **O Seminário, livro 20: mais ainda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985 [1972-1973].
- _____. **O Seminário, livro 23: o sintoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007 [1975-1976].
- _____. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988 [1955-1956].
- _____. **O seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro. Zahar, 1995 [1956-1957].
- _____. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999 [1957-1958].
- _____. **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1959-1960].
- _____. **O seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1960-1961].
- _____. Posição do inconsciente. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998 [1960-1964]. P. 843-864.
- _____. Radiofonia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1970]. P. 400-447.
- _____. **Televisão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993 [1973].
- LAURENT, E. **Posiciones femeninas del ser**. Buenos Aires: Trê Haches, 1999.

LE BRETON, A. **L'amour fou**. Paris: Gallimard, 1937.

LE BRETON, D. **Antropologie de la douleur**. Paris: Métailié, 2006.

_____. Postface: Adieu au corps, multiplication des corps, biffures du corps. In: GASPARD, J-L. ; DOUCET C. (Org.). **Pratiques et usages du corps dans notre modernité**. Toulouse: ERES, 2009. P. 181-185.

LECOUER, B. L'événement de corps. In: **Silicet: semblants et sinthome**. Paris: École de la cause freudienne, 2009. P. 106-108.

LEITE, A. C. C., PEREIRA, M. E. C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. **Revista Psychê**. 7 (12), P. 97-106, 2003.

LESSANA, M.-M. **Entre mère et fille: un ravage**. Paris: Pauvert Éditions, 2002.

MARQUES, T. K., SLOMO, L. M. F. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo "fibromialgia" e o quadro clínico "histeria" descrito por Freud no século XIX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 9 (2), P. 263-278, 2006.

MÁRQUEZ, J. O. Dor crônica, sofrimento que pode ser tratado. **ComCiência, revista eletrônica de jornalismo científico**. SBPC: São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=24&id=264> Acesso em: 05 dez. 2013.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, P. 289-300, 2004.

MELO, C. C. **Fibromialgia: da clínica atual à freudiana e retorno**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013. 87 pp.

MELZACK, R.; WALL, P. D. The psychology of pain. In: MELZACK, R.; WALL, P. D.(Org.) **The challenge of pain**. London, Penguin Books, 1999. P. 15-33.

MILLER, J.-A. A era do homem sem qualidades. **Opção Lacaniana on line**, 2004b. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br>. Acesso em 11 set. 2005.

_____. A psicanálise ensina alguma coisa sobre o amor? Entrevista de Jacques-Alain Miller realizada por Hanna Waar. **Psychologies Magazine** n° 278. Paris, Outubro 2008.

_____. Biologia lacaniana e acontecimento de corpo. **Opção Lacaniana n. 41**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, 2004a.

_____. **Curso de orientação lacaniana III: L'être et l'Un**. (Inédito) 2010-2011.

_____. **De mujeres y semblantes**. Cuadernos del Pasador. Buenos Aires: A.B.R.N. Producciones Gráficas, 1994.

_____. **El amor en la psicosis**. Buenos Aires. Paidós, 2003. [2003b].

_____. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica**. Buenos Aires: Paidós,

2003. [2003c]

_____. **La respuesta del psicoanálisis a la terapia cognitivo-comportamental.** 2005. Disponível em: <http://www.wapol.org>. Acesso em 25 set. 2005.

_____. La théorie du partenaire. **Quarto** n°77. Bruxelles, 2002. P.6-33.

_____. **Logicas de la vida amorosa.** Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1991. [1889].

_____. **Los signos del goce.** Buenos Aires: Paidós, 1998. [1998a].

_____. O Método Psicanalítico. In: **Lacan Elucidado: palestras no Brasil.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997. P. 221-284. [1987].

_____. **O osso de uma análise.** Salvador: EBP-BA, 1998. [1998b].

_____. Os seis paradigmas do gozo. **Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 26/27, 2000.

_____. **Perspectivas do seminário 23 de Lacan.** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. Uma partilha sexual. **Clique: Revista dos Institutos de Psicanálise do Campo Freudiano. – O sexo e seu furo**, n° 2. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2003. P. 13-29. [2003a].

_____. Una charla sobre el amor. In: **Conferencias porteñas: Desde Lacan.** Tomo I. Buenos Aires: Paidós, 2009. P. 229-252. [1988].

_____.; MILNER, J.-C. **Você quer mesmo ser avaliado?** Entrevistas sobre uma máquina de impostura. São Paulo: Manole, 2006.

MINATTI, S. P. O psicanalista no tratamento da dor. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 825-837, 2012.

NASIO, J-D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

NAVEAU, L. Estar sola y ser la única: un estudio psicoanalítico de la soledad femenina. In: ELDAR, S. (Org.) **Mujeres, una por una.** Madrid: Editorial Gredos, 2009. P. 101-115.

NOGUEIRA, M.; PORTNOL, A. G.; OKADA, M.; TEIXEIRA, M. J.; CASETTO, S. J. Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. **Revista Dor.** (9) 2 : 1242-1252, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. 2 vols. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PÊCHEUX, M. **Discurso: estrutura ou acontecimento.** Campinas: Pontes, 1993 [1988].

_____. **Semântica e Discurso – uma crítica à afirmação do óbvio.** Campinas: Ed. Da UNICAMP, 1988 [1975].

PERISSIONOTTI, D. M.N. Compreendendo o processo doloroso: a dor como traição. **Revista Simbidor**, v. 2, n. 2, p. 1-21, 2011.

PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. P. 159-173.

PLATÃO. **O Banquete, ou, Do amor**. Rio de Janeiro: Editora Difel, 2005.

RABANEL, J.-R. D'un amour à un autre. In: **La cause du désir - Études cliniques**. La Rochelle: Éditions Himeros, 2009.

RABINOVICH, D. S. **O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

RIBEIRO, M. A. C. As mulheres e o amor: o que nos ensina Ricardo III, de Shakespeare. **Anais do Fundamental Psychopathology**, 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.30.3.3.htm>. Acesso em: 09/ set. 2009.

RIVIÈRE, J. La femineidad como máscara. In: **La sexualidad femenina**. Ediciones HOMO SAPIENS, 1979.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23 (4), p. 64-73, 2003.

ROTTERDAM, E. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Escala Educacional, 2006.

RUDGE, A. M. Valor heurístico do encontro entre psicanálise e linguística. In : BESSET, V.; RUDGE, A. M. **Psicanálise e outros saberes**. Rio de Janeiro : Cia. De Freud/FAPERJ, 2012. P. 25-39.

SANCHEZ, B. El goce en los tiempos del amor. In: LAURENT, E. (ORG.). **Ela maor y los tiempos del goce: qué responden los psicoanalistas**. Buenos Aires: Grama Edicions, 2011. P. 101-105.

SANTÉ. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Disponível em: <http://www.sante.gouv.fr>. Acesso em: 30 mar. 2013.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009. 157 pp.

SAURET, M. J. A pesquisa Clínica em psicanálise. **Psicologia USP**, 14(3), p. 89-104, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em : 21 mar. 2013.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (SFETD). Disponível em: <http://www.sfetd-douleur.org>. Acesso em: 21 mar. 2013.

SOLANO-SUÁREZ, E. Las mujeres, el amor y el goce enigmático. In: ELDAR, S. (Org.) **Mujeres, una por una**. Madrid: Editorial Gredos, 2009. P. 91-99.

SOLER, C. **A psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.

_____. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SORIA DAFUNCHIO, N. **Seminários:Clínica da sexuação e Angústia: uma clínica nodal das neuroses**. Salvador: Instituto Psicanálise, 2013.

TIRONI, A. C. O olhar que veste um corpo de mulher. In: **Latusa n. 12 – Objetos soletrados no corpo**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, 2007. P. 225-230.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis : Vozes, 2008.

VERAS, M. Corpo feminino para além da castração no século XXI. In : BESSET, V. ;RUDGE, A. M. **Psicanálise e outros saberes**. Cia. de Freud: FAPERJ, 2012. P. 132-150.

ZALCBERG, M. **Amor paixão feminina**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ÍNDICE REMISSIVO DE CONCEITOS E PALAVRAS

A

Amor 17, 18, 20, 21, 22, 46, 49, 51, 54, 55, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 142, 143, 145, 147, 149, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 177, 179, 181, 182, 183, 184

Angústia 17, 19, 20, 21, 24, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 90, 94, 103, 106, 107, 113, 127, 128, 130, 131, 132, 169, 179, 180, 181

C

Corpo 17, 18, 19, 20, 21, 24, 32, 34, 39, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 103, 104, 105, 108, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

D

Devastação 17, 18, 20, 21, 55, 72, 76, 93, 95, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 122, 127, 131, 132, 133, 134, 144, 147, 161, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 179, 181, 182, 183, 184

Dor 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 62, 64, 67, 68, 72, 76, 85, 86, 87, 88, 90, 93, 94, 95, 104, 111, 113, 117, 131, 132, 133, 134, 142, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

F

Feminino 17, 18, 20, 21, 22, 43, 47, 55, 57, 64, 67, 68, 72, 74, 76, 77, 78, 80, 88, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 142, 143, 144, 149, 156, 159, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 179, 181, 182, 183, 184

G

Gozo 17, 18, 19, 20, 21, 55, 56, 57, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 93, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 105, 108, 112, 113, 114, 115,

116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 136, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 149, 150, 152, 153, 156, 158, 159, 161, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 181, 182, 183

M

Mãe 17, 18, 21, 44, 45, 46, 50, 51, 52, 54, 55, 57, 89, 95, 96, 102, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 123, 124, 125, 128, 129, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 153, 154, 156, 157, 159, 162, 164, 165, 166, 167, 182, 183

Mulher 17, 18, 19, 20, 21, 24, 34, 43, 44, 45, 47, 50, 53, 55, 56, 57, 59, 64, 72, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 142, 144, 145, 146, 148, 155, 162, 164, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 179, 181, 182, 184

R

Relação 17, 18, 20, 21, 27, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 80, 82, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 176, 179, 181, 182, 183

ÍNDICE REMISSIVO DE AUTORES

A

ABELHAUSER, A. 85, 86, 132, 153
AGUIAR, K. F. 135
ALVAREZ, T. 121
ANDRÉ, S. 45, 46, 47, 94
ANSERMET, F. 178

B

BARRETO, F. 39, 88
BASTOS, A. 74, 75, 76, 77
BASZANGER, I. 35, 36, 37, 38
BAUDRILLARD, 41
BESSA, G. L. P. 99, 103, 105
BESSET, V. L. 23, 39, 44, 50, 57, 58, 67, 79, 81, 87, 88, 94, 111, 113, 127, 131, 135, 137, 139, 153, 172, 177, 178
BLANCARD, M.-H. 113
BONICA, J. 25, 33, 35, 36, 37, 38
BRANDÃO JUNIOR, P. M. C. 39, 87
BRASIL
 CONASS 33
 MINISTÉRIO DA SAÚDE 27, 28
BRODSKY, G. 170
BROUSSE, M.-H. B. 73, 74, 78, 108, 113, 132, 184

C

CALDAS, H. 116
CASTELLANOS, S. 47, 55, 57, 66, 74, 87, 133, 144, 146, 147, 148, 149
CASTRO, A. B. 25, 27
CAVALCANTE, A. B. 94
CHALOT, S. D. 94
CHEIK, E. 56
CLÉRAMBAULT, G. G. 119, 120
COHEN, R. H. P. 97, 173, 174, 175, 176, 178
CONSIGLIERE S. 40, 41, 43

D

DEFFIEUX, J.-P. 88
DEL VOLGO, M. J. 23
DEWAMBRECHIES-LA SAGNA, C. 88
DRUMMOND, C. 106, 108, 109, 116

DUPIM, G. V. S. 111
DURAS, M. 74, 75, 77, 110, 111

E

EBTINGER, P. 58, 87
ELDAR, S. 95
ELIAS, 41
EURÍPEDES, 115

F

FERREIRA, A. B. H. 139
FINK, B. 138
FREUD, S. 19, 24, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63,
73, 79, 80, 84, 88, 89, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 106, 107, 108, 110, 117, 118, 119, 121, 122,
123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 138, 139, 170, 180
FUCHS 41

G

GAGLIANONE, J. L. 89, 90, 91, 174
GASPARD, J-L. 56, 58, 86, 87, 132, 141, 143, 153
GELLER, S. 174
GOLDENBERG, M. 184
GONZÁLEZ REY, F. 134, 135
GORI, R. 23
GUERCI, A. 40, 41, 43

H

HACCOUN, F. 119
HAMON, R. 56
HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ) 30
HOLCK, A. L. L. 105, 113

I

IASP (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN) 24, 25, 26, 27, 30,
33, 34

L

LACAN, J. 19, 20, 21, 23, 50, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,
74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 87, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102,
104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124,
125, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 150, 151, 168, 169,
170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 180, 181

LAURENT, E. 105, 115
LE BRETON, A. 121
LE BRETON, D. 23, 39, 41, 42, 56
LECOUER, B. 85
LEITE, A. C. C. 55, 57
LESSANA, M.-M. 110, 111, 113

M

MARQUES, T. K. 55, 57
MÁRQUEZ, J. 23
MELZACK, R. 38, 40
MILLER, J.-A. 19, 55, 57, 62, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 102, 111, 112, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 136, 137, 141, 170, 171, 172, 173
MINATTI, S. P. 39, 52
MIRANDA, C. E. S. 173
MORIN, 41

N

NASIO, J.-D. 49
NAVEAU, L. 99
NOGUEIRA, M. 94

P

PÊCHEUX, M. 142, 143
PEREIRA, M. E. C. 55, 57
PERISSIONOTTI, D. M. N. 38
PIMENTA, C. A. M. 40
PLATÃO, 41, 128
PORTNOI, A. G. 40

R

RABANEL, J.-R. 116
RABINOVICH, D. S. 178
REY 41
RIBEIRO, M. A. C. 107
RIVIÈRE, J. 103, 104
ROCHA, M. L. 135
ROTTERDAM, E. 94
RUDGE, A. M. 140

S

SANCHEZ, B. 173

SANTÉ. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ 29, 30
SANTOS, R. A., 23, 25, 26, 28, 34, 37, 38
SAUER, J. F. 94
SAURET, M. J. 135, 137, 138
SLOMPO, L. M. F. 55, 57
SBED (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR) 24, 25, 26, 34, 55
SFETD (SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR) 30
SOLANO-SUÁREZ, E. 98
SOLER, C. 96, 98, 104, 113
SORIA DAFUNCHIO, N. 112

T

THOMAS, 41
TIRONI, A. C. 74
TURATO, E. R. 134

V

VERAS, M., 100

W

WALL, P. D. 38, 40

Z

ZALCBERG, M. 115