

UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS SOCIAIS

DISSERTAÇÃO

**“AMAR DEMAIS”: UMA ANÁLISE SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO DO
COMPORTAMENTO AMOROSO FEMININO EM CONTEXTO DE GRUPOS
DE AJUDA MÚTUA E DE PRODUÇÃO DE SABERES**

MERCEDES DUARTE E SILVA

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**“AMAR DEMAIS”: UMA ANÁLISE SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO
DO COMPORTAMENTO AMOROSO FEMININO EM CONTEXTO
DE GRUPOS DE AJUDA MÚTUA E DE PRODUÇÃO DE SABERES**

MERCEDES DUARTE E SILVA

Sob a Orientação da Professora Dr^a
Alessandra de Andrade Rinaldi

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção de
grau de **Mestre em Ciências
Sociais**, no Programa de Pós-
Graduação em Ciências Sociais.

Seropédica, RJ
Março de 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de **Mestre em Ciências Sociais**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Prof^a. Dr^a. Alessandra de Andrade Rinaldi (Orientadora)
UFRRJ - PPGCS/DCS

Prof^a. Dr^a. Naara Luna
UFRRJ - PPGCS/DCS

Prof^a. Dr^a. Adriana Vianna
UFRJ - PPGAS/Museu Nacional

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este trabalho a todas/os aquelas/es que amo, os quais não estarão todas/os listados aqui.

Aos amigos do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRRJ, que acompanharam o desenvolvimento desse trabalho e contribuíram com discussões, ideias e sugestões, em especial Rafael Morello, Alexandre Gaspari e Denis de Barros.

À minha querida orientadora, Alessandra de Andrade Rinaldi, que sempre acolheu minhas dúvidas, angústias e inseguranças quanto ao corpo teórico e, sobretudo ao campo, sabendo orientar, com sabedoria e carinho, o rumo e o tom desse trabalho.

A todas/os professoras/es do mesmo programa que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial àquelas que souberam me ouvir e aconselhar com tanto carinho, Carly Machado e Moema Guedes.

Às professoras Naara Luna (UFRRJ) e Adriana Vianna (Museu Nacional/UFRJ) por terem aceitado fazer parte da banca de defesa, e pela contribuição a este trabalho através de valiosas recomendações na banca de qualificação.

A José Augusto pelo amor inesgotável e apoio incondicional. Aos amigos queridos Gilmar Santos e Ricardo Bartra, que sempre estiveram ao meu lado, cada um a sua maneira, me dizendo e me mostrando que seguir em frente deve valer a pena! Ao menino solar, que irradiou o final desse trabalho.

A todas as “mulheres que amam demais” que me receberam nos grupos MADA, e que me mostraram que “amar demais” faz parte das dores e delícias de cada um de nós.

À minha mãe e à minha irmã, Cecília Mendes e Domitila Duarte, mulheres que sempre amei e sempre amaram demais.

RESUMO

DUARTE & SILVA, Mercedes. **“Amar Demais”: uma análise sobre a patologização de comportamentos amorosos femininos em contexto de grupos de ajuda mútua e de produção de saberes**. 2015. 130 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2015.

A presente dissertação constitui uma investigação e análise das dinâmicas da ‘rede’ de grupos de ajuda mútua “Mulheres que Amam Demais Anônimas” (MADA) da cidade do Rio de Janeiro, bem como versa sobre a construção da auto-representação de uma “mulher que ama demais”, a qual foi compreendida como constituída por determinados ‘processos de pedagogização’. Os grupos se auto-definem como um “programa de recuperação para mulheres que têm como objetivo primordial se recuperar da dependência de relacionamentos destrutivos”. As metodologias acionadas foram observação-participante e análise da base bibliográfica na qual os grupos se alicerçam. Mediante a investigação da origem e possível ‘legitimidade científica’, através de pesquisas etnográficas virtuais, da considerada “doença de amar demais”, foi encontrada a categoria “amor patológico”, a qual é utilizada por alguns setores de pesquisa e tratamento da psiquiatria paulista e carioca, sendo concebida como um transtorno que acometeria especialmente mulheres. Tal apreensão se circunscreve à constatação de valores e teorias veiculadas tanto nos grupos MADA, quanto em tais setores da psiquiatria brasileira (“Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso” (AMITI) - um “Serviço do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP” - e o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia, da cidade do Rio de Janeiro). Assim, foi constatada a existência de uma ‘rede de patologização’ de determinados comportamentos amorosos - os quais não estariam em acordo com valores modernos (autonomia, liberdade e igualdade) -, que lança mão do controle racionalizado das emoções e comportamentos sexo-afetivos. As metodologias utilizadas para investigação de tais setores da psiquiatria foram a análise da bibliografia produzida pelo AMITI, a respeito do “amor patológico”, uma entrevista com a coordenadora do atendimento da Santa Casa da Misericórdia, bem como observação-participante em uma das “reuniões terapêuticas” da mesma instituição.

Palavras-Chave: Gênero, Patologização, Pedagogização, Amor.

ABSTRACT

DUARTE & SILVA, Mercedes. **“Loving too much”: an analysis about the pathologization of women's loving behavior into context of self-help groups and knowledge production.** 2015. 130 p. Dissertation (Master in Social Science) Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2015.

The present dissertation is an analysis and an investigation about the network dynamics of the groups of self-help called “Mulheres que amam demais anônimas – Women who love too much anonymous” (MADA) at Rio de Janeiro. It is also about the construction of the self-representation of a "woman who loves too much", which was been understood as part of certain “padagogização process”. The groups define themselves as a “recovering program for women who has the main objective to recover from destructive relationships”. The methodology used were participating-observation and bibliographic database analysis which are used by the groups. Facing the investigation of the origin and possible ‘scientific legitimacy’ through virtual ethnographic research of the “loving too much disease” it was found a category of a “pathologic love”, which is used in some parts of the research and also psychiatrist’s treatment at Rio de Janeiro and São Paulo, being considered a disorder affect especially women. This understanding is a result of a observation of values and theories presented at MADA’s groups and also in parts of Brazilian psychiatrist, such as “Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso” (AMITI) – a service of the Psychiatrist Institute of Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - and the “Attending Service of Pathologic Love” of Santa Casa de Misericórdia in Rio de Janeiro. So, it was identified a net of “patologização” of certain loving behaviors – which would not be according modern values (autonomy, freedom and equality) – which gives up of rational control of emotions and sex-affective behaviors. The methodology used for the investigation in segments of psychiatrist were bibliographic analysis of the material produced by AMITI, about “pathologic love”, an interview with the coordinator of Attending Service of Santa Casa de Misericórdia, also with the participating-observation in one of the therapeutic meeting/session in the same institution.

Key Words: Gender, Pathologization, Pedagogization, Love.

ABREVIATURAS

AA Alcoólicos Anônimos

AMITI Ambulatório Integrado de Transtornos do Impulso

AP Amor Patológico

DASA Dependentes de Amor e Sexo

MADA Mulheres que Amam Demais Anônimas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
I Conhecendo o campo e seu contexto	6
II A entrada no campo “MADA” e seus dilemas	14
III Soluções metodológicas	17
IV. Entrada no “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”	18
V. Os capítulos	20
CAPÍTULO 1 Gênero, Família e Emoção	23
1.1 Produção dos corpos generificados	27
1.2 O binarismo sexo/gênero e seus debates	32
1.3 Patologização e a família nuclear	36
1.4 A psicologização da família	39
1.5 Emoções controladas: sobre o amor e a felicidade	42
CAPÍTULO 2: As origens, dinâmicas e diretrizes dos grupos MADA	47
2.1 Breve história acerca da origem do “programa de anônimos”	48
2.2 A entrada no campo e as tensões metodológicas	50
2.3 As reuniões	53
2.4 As “Doze Tradições” e a “Consciência de grupo”	54
2.5 Os “Doze Passos”	56
2.6 O Espírito da dádiva	57
2.7 Holismo e Individualismo na experiência do MADA	60
2.8 A literatura de autoajuda e os grupos anônimos de ajuda mútua	62
2.9 A “literatura de MADA”	63
2.10 A generificação das “patologias” e as características de “uma mulher que ama demais”	67
2.11 Da “doença” à <i>perturbação físico-moral</i>	71
2.12 Da “Recuperação”	75
2.13 Minha presença no campo e a ‘pedagogização da loucura’ e da “recuperação”	78
2.14 O MADA e a <i>religiosidade secularizada</i>	83
CAPÍTULO 3: O “amor patológico” e a configuração social de sua emergência	85
3.1 O contexto da ‘psiquiatrização do amor’	87
3.2 O campo: sobre o atendimento ao “amor patológico”	89
3.3 Características do “amor patológico” e as continuidades e sutis discontinuidades entre o “amar demais”	91
3.4 A demanda pelo controle das condutas e emoções	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	112

Anexo I (A Primeira Vez)	112
Anexo II (As Doze Tradições de MADA)	113
Anexo III (Os Doze Passos de MADA)	114
Anexo IV (Os Doze Passos da Recuperação de Robin Norwood)	115
Anexo V (As Promessas de Recuperação da Dependência de Relações)	116
Anexo VI (Características de Uma Mulher que Ama Demais)	116
Anexo VII (Características de Uma Mulher que se Recuperou de Amar Demais)	118
Anexo VIII (Os Instrumentos de Recuperação)	118
Anexo IX (Oração da Serenidade)	119
Anexo X (Oração da Unidade)	120
Anexo XI (Oração do Terceiro Passo)	120
Anexo XII (Recomendações de Recuperação)	120
Anexo XIII (Literatura Recomendada)	121
Anexo XIV (Tome uma Atitude Apaixonada)	122

INTRODUÇÃO

Desde a contracultura¹ vive-se - em distintos seguimentos das sociedades ocidentais - mais intensamente uma ‘experiência de si’ considerada psicologizante, influenciada pelas teorias de Sigmund Freud (ILLOUZ, 2010). Acredita-se assim que as experiências da primeira infância são responsáveis por nossos êxitos, fracassos e desejos mais secretos. Seria então o “autoconhecimento”², ou seja, o desvelamento do dito inconsciente, pautado em vivências especialmente da infância, que comportaria elementos curativos para se ter uma trajetória de vida exitosa. O eu psicologizado e reflexivo torna-se um imperativo social, pois somente ele teria a chave para solucionar as “dores da alma”.

Nesse caldo cultural, portanto, surge, a partir da década de 1980, o que Bauman (2007) nomeou por *counselling boom*, que se define pela intensa oferta de literatura que pretende aconselhar os sujeitos a como pensarem e se comportarem, ensejando desse modo condutas normatizadas, sob a proposta de os sujeitos lograrem bons resultados em suas trajetórias. Entre os temas de livros de autoajuda estão, em número expressivo, os relativos a relacionamentos amorosos, em geral, direcionados ao público feminino. Segundo a pesquisa de Carolina Branco de Castro Ferreira (2012), sobre grupos anônimos de ajuda mútua³, surgem também, a partir da década de 1990, no Brasil, e em distintas regiões do mundo, grupos de ajuda mútua, de temática sexo-afetiva – alguns oferecidos somente a mulheres que sofreriam de “doenças incuráveis” - tal como “Mulheres que Amam Demais Anônimas”, o qual é o objeto por excelência dessa pesquisa.

Nesse processo de regulação das emoções e patologização dos sujeitos emergem atendimentos psiquiátricos e psicológicos brasileiros, a partir dos anos 2000, os quais pretendem dar apoio especializado a pessoas que supostamente sofrem de “amor

¹ “Momento histórico pautado por um sentimento de crise de valores, (...) a contracultura teve seus primórdios nos anos 50 com o movimento *beatnik* na Califórnia, e nos 60 e 70 com o Tropicalismo no Brasil quando passávamos pelo difícil momento da ditadura. (...) No Brasil, a maneira tradicional de se fazer política, com o advento da ditadura, era amplamente contestada, assim como o modelo consumista do capitalismo e sua prática imperialista encontravam críticas e resistência consideráveis. Os antigos padrões de comportamento (culturais e morais) eram rechaçados pelos jovens que buscavam romper com o *establishment*. Questionava-se, portanto, o modelo estabelecido de racionalidade instrumental em favor do cultivo de subjetividades alternativas ao modelo hegemônico” (DUARTE & SILVA, 2012, p. 30-31).

² Todas as palavras aspidas se circunscreverão às categorias êmicas e o apóstrofo será utilizado em palavras metafóricas ou noções explicativas por mim acionadas, bem como as palavras em itálico identificarão as categorias e conceitos concernentes às teorias históricas e sócio-antropológicas e o negrito enfatizará palavras inseridas em citações aqui utilizadas.

³ “Desejos Regulados: Grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes” (2012).

patológico”. Existem, no Brasil, dois centros de atendimento a esse suposto transtorno, são eles: o “Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso” (AMITI), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HCFMUSP), o qual conta com setores de pesquisa e tratamento do “amor e ciúme patológicos”, ou “amor patológico e ciúme excessivo” ou somente “amor excessivo”⁴, e o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”, vinculado ao “Serviço de Psiquiatria Jorge Alberto Costa e Silva” da Santa Casa da Misericórdia, na cidade do Rio de Janeiro. Ambos oferecem uma triagem realizada por psicólogos e psiquiatras, bem como acompanhamento psiquiátrico, se considerarem necessário, e grupos de apoio terapêuticos coordenados por psicólogos.

Os profissionais formados pela Faculdade de Medicina da USP, os quais fazem parte do “Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso” (AMITI), produziram três artigos e uma dissertação sobre o “amor patológico”. Nesse material constam as definições do que vem a ser o referido transtorno, e os instrumentos de avaliação para a produção de seu diagnóstico. A definição da “doença” ou “transtorno” se inscreve no âmbito do comportamento direcionado ao parceiro(a), como explicitada no artigo “Validação de escalas para avaliação do amor patológico”:

O amor patológico é caracterizado pelo comportamento de prestar atenção e cuidados ao parceiro de maneira repetitiva e desprovida de controle em uma relação amorosa, sendo essa conduta prioritária para o indivíduo em detrimento de outros interesses antes valorizados. (BERTI, *et al*, 2010, p. 1)

Esse “transtorno”, que geraria certo sofrimento ‘psíquico’, assim como no caso das “mulheres que amam demais” – cuja base teórica do grupo de anônimos é o livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais” da psicoterapeuta norte-americana Robin Norwood -, seria propício em pessoas oriundas de famílias ditas “desestruturas”, “desajustadas” ou “disfuncionais”, as quais não teriam obtido afeto e cuidados considerados adequados na infância. Portanto, os caminhos sugeridos para o controle do “transtorno” seria o amparo assistido por psicólogos, a frequência a grupos de ajuda

⁴ No site do AMITI se encontram referências às categorias “amor patológico” e “amor excessivo”, as quais não possuem distinção. Entretanto, a noção mais usada é “amor patológico”, desse modo, aqui utilizaremos somente a última categoria. Quanto ao conjunto dos termos “amor patológico e ciúme excessivo” ou “amor e ciúme patológicos” também são utilizados de forma indistinta, portanto farei uso do último conjunto, o qual possui maior predominância (fonte: <http://amiti.com.br/historico>. Acesso em 13/02/2015). A despeito dos termos serem utilizados em conjunto pelos setores relativos do AMITI, para efeito de diagnóstico, eles são caracterizados separadamente, de forma a esclarecerem que um não possui caráter de necessidade sobre o outro (fonte: <http://amiti.com.br/amor-e-ciume-patologicos>. Acesso em 13/02/2015). Portanto, os artigos e dissertação produzidos por esta equipe, por mim acionados neste trabalho, se concentram apenas na categoria “amor patológico”.

mútua e o atendimento psiquiátrico - esse último é indicado, especialmente, no caso de sofrerem ansiedade ou depressão, o que é diagnosticado com frequência pelos psiquiatras – para o auxílio no cultivo da “autoestima” e “autonomia emocional”.

Eglacy Sophia - coordenadora e supervisora dos setores de pesquisa e tratamento do “Amor e Ciúme Patológicos” do AMITI – evidencia, em sua dissertação, que o gênero dos indivíduos é fator preponderante na produção do diagnóstico, já que considera que a mulher teria maior tendência a sofrer por amor:

Devido a características culturais facilitadoras, parece que o AP é particularmente prevalente na população feminina (...) uma vez que, em geral, elas consideram a relação a dois como prioridade em sua vida. (...) Além dessa baixa demanda na população masculina, mesmo para aqueles que vivenciaram o mesmo padrão familiar (...), parece ser mais comum (...) a vinculação patológica com atividades mais externas e impessoais, como jogo, trabalho, esportes ou hobbies do que com amor, mais interno e pessoal. (SOPHIA, 2007, p.3)

Tal definição se baseia, entre outros, no livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais”, o que aponta para determinada rede de fluxos de saberes entre a psicoterapia popularizada e os discursos médicos, o que foi tratado na tese da antropóloga Carolina B. C. Ferreira (2012).

Contudo, a preocupação dos especialistas é de contribuir para o “controle” do referido “transtorno” - ou poderíamos chamar de “descontrole”? -, especialmente feminino, com o intuito de proporcionarem a essas mulheres relações amorosas consideradas “mais saudáveis”, e, portanto a formação de famílias “menos desestruturadas”, que por sua vez poderiam produzir indivíduos “menos inadequados” socialmente.

Percebo que toda produção desses especialistas está voltada para as relações heterossexuais, o que nos sugere a preocupação com a formação de famílias “tradicionais”, exceto pela rejeição à submissão feminina, o que na contemporaneidade é concebida como algo a ser combatido, por ser considerada fonte de sofrimento. E o sofrimento, por sua vez, teria o poder de desenvolver comportamentos patológicos. Porquanto, emerge imperiosamente a pergunta a respeito de quais seriam essas condições socioculturais de possibilidades que ensejam e determinam a *medicalização*⁵ de tais e quais comportamentos localizados em determinado tempo e espaço, nesse caso,

⁵ De acordo com Peter Conrad (2007), vivemos um progressivo processo de gerência, pela medicina, de aspectos da vida que tradicionalmente não estavam sob sua alçada, o que o autor designa por *medicalização da sociedade*.

na “dedicação extrema” da mulher ao homem, representada pela categoria “amar demais” ou “amor patológico”.

Descobrir a existência de grupos de ajuda mútua direcionados somente a mulheres, bem como uma categoria clínica emergente associada a elas, me proporcionou, de maneira mais concreta, uma reflexão sobre a criação de espaços e papéis sociais genereficados na contemporaneidade. Não somente é um espaço e categoria associados a mulheres, como também a temática que estrutura os grupos está relacionada aos afetos relacionados a elas ao longo da história das sociedades ocidentais.

Assim, estudar tais grupos me pareceu relevante para poder capturar as representações sociais do gênero feminino, bem como compreender como aquelas mulheres se auto-representavam, como negociavam suas identidades e como se vinculavam às “patologias” supramencionadas. Emerge assim perguntas tais como: Por que tais “patologias” são consideradas especialmente femininas? Quais representações sociais do gênero feminino ensejam tal associação?

No que diz respeito à emergência dos grupos anônimos de ajuda mútua, eles surgem com o objetivo de “recuperar” indivíduos considerados alcoólatras, após a Segunda Guerra Mundial, e se multiplicam, especialmente a partir dos anos 1990, buscando “recuperar” as mais distintas e variadas “dependências” ou comportamentos considerados “inadequados”. Esta emergência massiva de grupos anônimos de ajuda mútua é concomitante com o *boom* no mercado editorial de livros de autoajuda, como mencionado, o que refletiu a popularização dos processos de psicologização e psiquiatrização dos sujeitos, os quais estavam restritos somente as camadas médias urbanas (FERREIRA, 2012).

Entre as recentes “dependências” e comportamentos considerados “inadequados” estão os: “comedores compulsivos”, “jogadores”, “compradores” ou “devedores compulsivos”, “fumantes”, “narcóticos”, “dependentes de sexo e/ou amor”, “co-dependentes”; “psicóticos”, “introvertidos”, “neuróticos”, entre outros. Desse modo, em geral, os “grupos de anônimos” acionam categorias tais como “dependência”, “compulsão”, “adicação”, “vício”, o que reflete a popularização das categorias clínicas.

No que se refere à psiquiatria, segundo Russo (2002, 2004), a partir de 1970, ela retomou seu paradigma pautado numa perspectiva biológica, o qual, em meados do século XX, era constituído por uma concepção *psico-sociológica* influenciada pelos psicanalistas. Tal perspectiva biologicista se relaciona a uma leitura materialista da

mente influenciada hoje pela neurociência, o que proporcionou a disseminação da psicofarmacologização. Assim, a década de 1990, nos E.U.A., é batizada de *década do Cérebro*, segundo Siqueira (2009), a qual contou com altos investimentos governamentais em estudos psiquiátricos, engendrando a solidificação do DSM⁶, e o significativo aumento de “transtornos” inseridos no manual de classificação e diagnóstico psiquiátrico na década de 1980 (RUSSO, 2004).

Com efeito, nos anos 1990, a psiquiatria passa a dar maior atenção a comportamentos considerados excessivos, descontrolados ou repetitivos (SIQUEIRA, 2009). Entre os “transtornos” que constam nos manuais psiquiátricos (DSM-V e CID-10), os quais se multiplicaram na quinta e última publicação do DSM (feita em maio de 2013), estão: “transtorno da compulsão alimentar periódica”; “transtorno de hipersexualidade”; “transtorno do jogo e internet”; “transtorno da personalidade borderline” (“transtorno” este que engloba o anterior “transtorno de personalidade dependente”); entre outros. Desse modo, vemos certa correspondência entre as “dependências” tratadas nos grupos anônimos de ajuda mútua e os “transtornos” concebidos pela psiquiatria, bem como a massificação e popularização da patologização do comportamento.

Desse modo, o intuito da presente pesquisa foi também o de contribuir para a ampliação dos estudos acerca deste cenário, o qual se encontra em contínuo crescimento. Ademais, existem escassos estudos sobre grupos anônimos de ajuda mútua em correlação com ciência e gênero, o que aponta para a relevância da produção de pesquisas que, tais como essa, proponham analisar a produção de saberes e práticas no interior de grupos anônimos de ajuda mútua em consonância com os campos *psi*, levando em consideração a generificação dos saberes e práticas produzidas por tais esferas de ação.

Com efeito, o recorte de gênero, nesse contexto, foi fundamental para compreender as atualizações e ressignificações da essencialização e patologização do ‘feminino’ produzidas pelos campos médico e psicológico desde sua emergência. Tais campos de produção de conhecimento, a partir do século XVIII, compreendiam a

⁶ O DSM possui sete versões (I, II, III, IIIR, IV, IV-TR e V), entre as quais a última foi publicada em 2013. O manual, produzido em 1952 pela *American Psychiatric Association*, em alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID) - produzida pela Organização Mundial da Saúde - tem por objetivo “normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, [sendo] sempre alvo de críticas por sua baixa confiabilidade” (RUSSO e VENÂNCIO, 2006: 464). Entretanto, a partir do DSM III, o manual é utilizado internacionalmente por psiquiatras e psicólogos como referência à “validação” de “transtornos” psíquicos, o que acarretou a globalização da psiquiatria norte-americana.

fisiologia do corpo feminino como ‘naturalmente’ descontrolada, assim mulher e patologia estavam intimamente imbricadas (GAY, 1988; ROHDEN, 2008; CITELLI 2001; NUNES, 2000; RINALDI, 2004).

I. Conhecendo o campo e seu contexto

A rede de grupos de ajuda mútua, “Mulheres que Amam Demais Anônimas” (MADA), se autodefine 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 mesma e com os outros⁷.

O primeiro grupo MADA de que se tem conhecimento⁸, no contexto nacional e internacional, é brasileiro. Implementado na cidade de São Paulo, em 1994, no bairro Pinheiros, foi uma iniciativa - segundo as informações das integrantes da cidade do Rio de Janeiro e do site oficial do MADA⁹ - de uma mulher, esposa de um dependente químico, que após ler o livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais” - escrito, em 1985, pela norte-americana Robin Norwood, a qual se apresenta como psicoterapeuta familiar e conselheira matrimonial – seguiu as orientações contidas no livro em busca de implementar um grupo que pudesse ajudar a outras mulheres que, como ela, sofreriam com relacionamentos ditos “destrutivos”.

O livro de Robin Norwood, segundo a própria autora, é resultado de sua experiência profissional com mulheres que se relacionaram com dependentes químicos. Portanto, seu livro, “Mulheres que Amam Demais”, dedicado a “entidades de Dependentes Anônimos”, além de apresentar as características da “doença de amar demais”, aconselha a frequência a grupos de ajuda mútua como modo de “controle” e “recuperação” da suposta doença, bem como estimula a implementação de grupos direcionados ao caso específico de mulheres, as quais não necessariamente estariam envolvidas com “dependentes químicos”, mas sim com homens considerados

⁷ Disponível em <http://www.grupomada.com.br/pagina.php?x=apresentacao&tit=apresentacao>. Acesso em 02/03/2014.

⁸ Como os grupos não dispõem de registros detalhados sobre si e também por ser parte de iniciativas civis composta por indivíduos anônimos, não é possível recorrer a dados organizados sobre a ‘rede’ dos grupos. Todos os dados aqui foram obtidos através do site oficial do MADA e mediante a conversas realizadas com integrantes dos grupos MADA da cidade do Rio de Janeiro.

⁹ Disponível em <http://www.grupomada.com.br/pagina.php?x=apresentacao&tit=apresentacao>. Acesso em 02/03/2014.

“inadequados”¹⁰. Assim, por ter sido alicerce da implementação dos grupos MADA, o livro é utilizado como “literatura”¹¹ base, prescrito e referenciado durante as reuniões do grupo, contribuindo, desse modo, para um conhecimento que chamarei de ‘saber MADA’.

O MADA, como todo grupo de anônimos, se baseia no “programa” - “Doze Passos” e “Doze Tradições”¹² - dos “Alcoólicos Anônimos” (A.A.), o qual, entre outras diretrizes, consiste na autonomia dos grupos, em relação a qualquer instituição privada ou governamental, e na não assistência das reuniões por profissionais. O “programa” é adaptado de acordo com as “dependências” que os grupos se propõem trabalhar. “Amar demais”, para o ‘saber MADA’, se define por uma “doença” que incide em determinado “padrão comportamental” e “emocional”, o qual levaria às mulheres a produzirem, e dependerem de, relacionamentos considerados “doentios”.

A “doença” de “amar demais” é associada - pela “literatura MADA” - ao alcoolismo por seu “padrão de dependência” e “síndrome de abstinência” que, neste caso, é vinculada à “dependência dos outros” e, sobretudo de homens considerados “inadequados”. Tal como o alcoolismo, o “amor demasiado” é considerado incurável, assim os grupos MADA teriam o papel fundamental de darem apoio à “recuperação”, “controle” e “prevenção” de “recaídas”, noções essas de “superação” próprias aos grupos anônimos de ajuda mútua.

Ainda que as “mulheres que amam demais” não sejam diretamente associadas à dependência química ou a homens ditos dependentes químicos, a origem do grupo, assim como a do livro “Mulheres que Amam Demais”, se vincula a experiências de mulheres que se relacionaram sexo-afetivamente, especialmente, com homens considerados alcoólatras. Portanto, é comum perceber uma circulação das integrantes dos grupos MADA que frequentei entre outros grupos de anônimos, tais como Al-Anon (Associação de Parentes e Amigos de Alcoólicos Anônimos), CODA (Co-Dependentes Anônimos), AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), entre outros.

¹⁰ O homem “inadequado”, “impossível” ou “inacessível” pode ser considerado um homem “desinteressado” pela relação amorosa estabelecida e “distante emocionalmente”, por ser “resistente à intimidade”, ou ainda pode ser “dependente químico”, “adúltero”, “irresponsável”, “dependente emocional”, “carente”, entre outros. Tais categorias são acionadas pelas frequentadoras do MADA, bem como são encontradas na “literatura” ‘base’ utilizada pelos grupos.

¹¹ As integrantes do grupo possuem um corpo de livros e textos que designam por “literatura”. Entre eles está o “programa” do AA adaptado para as “MADAS” e alguns outros livros de autoajuda. No entanto, como mencionado, o principal material mobilizado pelo grupo é o livro “Mulheres que Amam Demais” de Robin Norwood.

¹² Encontram-se nos anexos II e III adaptados pelo grupo de MADA.

Como divulgado no site oficial do MADA, o segundo grupo, parte do que chamarei de ‘rede de grupos anônimos de ajuda mútua MADA’ ou simplesmente ‘rede MADA’, foi implementado na cidade do Rio de Janeiro, em 1999, no bairro Leblon, o qual contou com a ajuda do grupo de São Paulo para sua efetivação. A partir de então muitos outros grupos se espalharam pelo Brasil e alguns poucos por Portugal e Venezuela. Tal rede, no Brasil, consiste em aproximadamente quarenta grupos, os quais se encontram em dezessete estados. Além dos grupos brasileiros, o site oficial do MADA registra cinco grupos na Venezuela, sendo dois virtuais; e em Portugal dois presenciais, os quais informam que “as reuniões estão suspensas por tempo indeterminado”. No Brasil a concentração dos grupos está na região sudeste, sendo o estado do Rio de Janeiro concentrador do maior número deles, totalizando onze grupos MADA, entre os quais dez estão na capital.

Num mapeamento das etnografias sobre grupos anônimos de ajuda mútua relativos ao amor e sexo (GONZALEZ, 2012; FERREIRA, 2012), somado a pesquisas pela internet, descobri que além dos grupos MADA, existe outra ‘rede’ de grupos anônimos de ajuda mútua, no contexto nacional e internacional, a qual está direcionada à “dependência de sexo e amor”. Ainda que as reuniões não sejam exclusivas para mulheres, há algumas específicas para homens e outras exclusivas para mulheres, bem como dias reservados para encontros “mistos”. A rede em questão é o “Sex and Love Addicts Anonymous” (SLAA). Os grupos do SLAA, originados nos E.U.A., encontram-se espalhados pelos seis continentes, em diversos países. No Brasil, vinculados à mesma rede do SLAA, funcionam grupos em dezesseis estados com o nome de DASA (“Dependentes de Amor e Sexo Anônimos”)¹³, os quais se concentram em maior número no estado do Rio de Janeiro com um total de onze grupos.

Assim, muitas integrantes dos grupos MADA, da cidade do Rio de Janeiro, pelo que pude perceber durante as reuniões que frequentei, se inserem num fluxo de circulação entre distintos grupos anônimos ou ‘rede de anônimos’. Não somente frequentam grupos de dependência química, ou sexo-afetivo (como o DASA), mas também circulam entre grupos tais como “Devedores Anônimos” (DA); “Comedores Compulsivos Anônimos” (CCA); “Neuróticos Anônimos” (NA), entre outros.

¹³ Segundo Ferreira (2012), em geral, a mulheres frequentadoras do DASA fazem maior referência a suas tensões relativas ao “amor” e os homens frequentadores ao “sexo”. O que marca certa generificação dos papéis sexo-afetivos dos sujeitos.

Apesar de ser contraindicada a referência a outras ‘redes de anônimos’ nas reuniões dos grupos MADA, frequentados por mim, - o que é evidenciado pela autorepreensão das integrantes, durante as “partilhas”¹⁴, quando deixam escapar a sua frequência a outras ‘redes de anônimos’ – é possível inferir quais ‘redes’ frequentam, já que fazem menção ao tipo de “compulsão” que “possuem” ou “possuíam” a relacionando à frequência passada ou presente a um grupo de anônimos correlato.

Com relação aos grupos anônimos direcionados somente às mulheres, no cenário internacional, segundo a pesquisa realizada por meio da internet, existe uma rede equivalente ao MADA, que se concentra na Espanha e México, com reuniões virtuais e, sobretudo presenciais. Já nos E.U.A. as reuniões são realizadas somente virtualmente, qual seja: MAQDA (Mujeres Anónimas que Aman Demasiado). Este grupo surge na Espanha, e assim como o MADA é inspirado no livro “Mulheres que Amam Demais”.

O livro de Robin Norwood define as possíveis relações “doentias”, onde o suposto alto investimento de certas mulheres na relação amorosa, com homens “inacessíveis”, “inadequados” e “impossíveis”, seria produto da “doença”, desenvolvida em seu primeiro grupo familiar, o qual é considerado “desajustado”, “desestruturado” ou “disfuncional”. Assim, é suposta a existência de uma busca pela repetição da experiência de sofrimento vivida na família de origem dessas mulheres, “padrão” este, de comportamento, considerado parte constitutiva da dinâmica da “doença”.

A proposta base para a “recuperação” e “controle da doença”, encontrada na “literatura MADA”, é o cultivo da “autoestima” e da “autonomia emocional e financeira”, onde o autoinvestimento deve ser prioridade. Assim, as mulheres são conclamadas a “desenvolverem” suas individualidades, de modo a priorizar suas necessidades e o cultivo de “atividades saudáveis”.

Partindo do princípio, equivocado em alguma medida, de que os livros de autoajuda são reflexos de determinada produção de conhecimento dos campos médicos e psicológicos¹⁵, iniciei uma pesquisa com o objetivo de rastrear a definição da suposta doença acionada pelo MADA, bem como a possível legitimidade científica conferida a ela. Através da pesquisa virtual em língua portuguesa, me deparei com a noção “amar demais” em revistas que veiculam os saberes *psi*, sites de consultórios psicológicos,

¹⁴ “Partilha” é o nome dado à fala das integrantes sobre suas tensões pessoais no momento da reunião reservado a ela.

¹⁵ O que passei a relativizar depois de descobrir certa inversão deste princípio, pois a principal base teórica da produção de saberes dos campos médico e psicológico sobre o “amor patológico”, no Brasil, é o livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais”.

reportagens e blogs afins. Em alguns sites¹⁶ e reportagens¹⁷, apareciam em conjunto, tanto a categoria “amor patológico” quanto a menção ao grupo “MADA”, como um recurso de “tratamento” à suposta patologia, indicado por psicólogos e psiquiatras. Desse modo, constatei a existência da associação entre as categorias “amor patológico” e “amar demais”, bem como a existência dos serviços de atendimento clínico ao “amor patológico” carioca e paulista.

Tais serviços, de atendimento ao “amor patológico”, surgem a partir de 2004¹⁸. O primeiro serviço pioneiro implementado no Brasil é o AMITI, o qual se propõe a tratar diferentes “transtornos do impulso”¹⁹, que são associados, segundo os profissionais do ambulatório, a “comportamentos compulsivos”.

Na cidade do Rio de Janeiro, inspirado e orientado pelo trabalho pioneiro brasileiro do AMITI, a Santa Casa da Misericórdia implementou, em 2012, o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”. A despeito destes serviços não terem, explicitamente, sido direcionados às mulheres, ambos os “atendimentos ao amor patológico”, carioca e paulista, declaram que a maioria de seus pacientes é de mulheres, entre as quais, estão algumas frequentadoras dos grupos MADA²⁰.

No Brasil o que foi elaborado pelo campo psiquiátrico acerca do “amor patológico” se circunscreve à produção ‘uspiana’²¹ gestada por parte dos profissionais que trabalham diretamente com os setores de pesquisa e tratamento do “Amor e Ciúme Patológicos”. Tal contribuição se inscreve num esforço de pesquisa e reunião dos trabalhos elaborados no cenário internacional, os quais são considerados, pelos pesquisadores da USP, todavia escassos, dado o dissenso interno do campo *psi*²² internacional acerca da consideração patológica de determinados relacionamentos amorosos. Somado a tal esforço de pesquisa, o qual reuniu a produção erudita

¹⁶ <http://www.psiquiabras.com.br/transtornos/amor-patologico.htm>

¹⁷ <http://sobreisso.com/2012/08/21/revista-epoca-reportagens-sobre-amor-patologico/>

<http://oglobo.globo.com/saude/teste-voce-sofre-de-amor-patologico-4334443/>

<http://oglobo.globo.com/saude/um-novo-remedio-para-casos-de-amor-patologico-4332818>

¹⁸ O AMITI surge em 2004, mas, todavia não encontrei referências sobre o ano no qual iniciaram o tratamento ao amor patológico.

¹⁹ “Amor e Ciúme Patológicos”, “Cleptomania”, “Compras Compulsivas”, “Impulso Sexual Excessivo”, “Dependência de Internet”, “Jogo Patológico”, “Tricotilomania”, “Auto Mutilação”, “Transtorno Explosivo Intermitente”.

²⁰ Informação obtida em entrevista concedida pela psicóloga, coordenadora voluntária do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

²¹ A categoria ‘uspiana’, por mim acionada, é relativa à Universidade de São Paulo (USP), e se refere à produção bibliográfica dos profissionais do AMITI, os quais estão vinculados, como mencionado, à USP.

²² Aqui nos apropriaremos da noção *psi* utilizada por Jane Russo (2002) para se referir a profissões, teorias e campos de disputa e atuação relativas à psiquiatria, psicologia e psicanálise.

internacional sobre o “amor patológico”²³, a experiência obtida no AMITI levou os ‘uspianos’ a publicarem em revistas científicas, tais como a Revista Brasileira de Psiquiatria²⁴ e a Revista de Psiquiatria Clínica²⁵, as ditas características e “métodos de avaliação” do “amor patológico”.

Posto isso, a proposta metodológica dessa pesquisa foi, inicialmente, de mapear os discursos constitutivos dos grupos MADA, da cidade do Rio de Janeiro, os quais são produzidos em consonância com a “literatura MADA”. Busquei, assim, abarcar, não somente as noções encontradas na “literatura”, mas também as possíveis apropriações e/ou (re)significações das categorias da “literatura” do grupo pelas, autointituladas, “MADAS” (“Mulheres que Amam Demais”). O intuito foi de compreender, nesse contexto, os processos de medicalização dos afetos, os quais pressupõem a tríade: ‘mulher/emoção/patologia’.

Frente à constatação da adesão de algumas frequentadoras do MADA às reuniões do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”, da Santa Casa da Misericórdia, do Rio de Janeiro, bem como a descoberta de que a produção erudita brasileira - do campo psiquiátrico e psicológico, acerca do “amor patológico” - se fundamenta, entre outras bases, no livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais”, busquei compreender as aproximações e afastamentos da concepção da “doença” e/ou “transtorno” entre o atendimento clínico e os grupos MADA cariocas, os quais nomeio de ‘rede de medicalização do amor’.

Vale ressaltar que ainda que os atendimentos clínicos sejam abertos para homens e mulheres, os valores que orientam os discursos e práticas dos campos *psi* em questão, estão comprometidos com determinada perspectiva, a qual vincula a mulher à suposta patologia a reinscrevendo em um campo de atuação simbólico considerado próprio do ‘universo feminino’. Tal reinscrição é feita mediante a uma compreensão culturalista, mas especialmente biologizante, a qual exclui explicitamente os homens deste campo simbólico e, portanto, de modo não assumido, da possibilidade deles desenvolverem a doença de “amar demais”. Nesse sentido, indago sobre se a patologização, e a consequente ‘medicalização dos afetos’ em questão, não seria uma atualização da relação histórica que se estabeleceu entre o gênero feminino e a patologização deste pelas práticas e saberes médicos. Tomei, assim, como base de reflexão, estudos que

²³ No contexto internacional a palavra usada para designar o suposto transtorno é *lovesickness* ou *love-addiction*.

²⁴ “Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?” (2006).

²⁵ “Validação de escalas para avaliação do amor patológico” (2011).

apontaram para a concepção médica da mulher como propensa ‘naturalmente’ ao ‘descontrole’ (MOSCUCCI, 1990; ROHDEN, 2008; CUNHA, 1986; CITELLI, 2001; LAQUER, 2001).

Frente a isto, parti do pressuposto de que os campos investigados, objetos da presente pesquisa, corroborariam uma reafirmação dos papéis tradicionais de gênero. Como supramencionado, segundo a “literatura MADA” e as teorias *psi* sobre o “amor patológico”, o que produziria mulheres “doentes”, portadoras do ‘mal’ de “amar demais”, ou do “amor patológico”, seria o pertencimento a famílias “desajustadas/desequilibradas”. A ideia consiste, grosso modo, na suposta ausência de amor e cuidados suficientes durante a infância, ou mesmo de um intenso “controle materno” e “ausência paterna”, o que faria com que essas mulheres, na fase adulta, entre outras coisas, desenvolvessem o medo da perda de seus parceiros e/ou reproduzissem a necessidade de controle, de suas mães, sobre seus parceiros.

Desse modo, pressupus que as mulheres teriam um ‘ônus duplo’, entrelaçado e circular: como são consideradas ‘naturalmente’ inclinadas ao ‘trabalho parental’ - segundo as teorias ‘nativas’ supracitadas, dada às forças ‘internas’ e ‘externas’ - elas estariam então mais propensas a serem responsabilizadas pela produção da dita “desequilíbrio familiar”, e, portanto, pela produção de “mulheres que amam demais” e “homens inadequados”. Ainda que a responsabilização não seja explícita, as teorias mencionadas direcionam a atenção às mulheres e a escolha de seus parceiros, excluindo o homem do ‘trabalho parental’. Ainda que a “ausência paterna” seja considerada um elemento que contribua para o desenvolvimento da “doença de amar demais”, no livro de autoajuda de Robin Norwood, fica implícita a ideia de que a “ausência paterna”, muitas vezes, é causada pelo intenso controle das mães sobre a conduta dos pais, o que levaria estes pais a evitarem o lar.

A despeito da suposição acerca da reafirmação de papéis tradicionais de gênero, já mencionada, parti, por outro lado também, do pressuposto de que os campos de pesquisa em questão são criados em contextos onde as relações entre os gêneros tem sido permeadas por ideologias individualista e igualitaristas, o que contribuiria para a patologização das mulheres que não correspondessem a tais ideologias. Pois, o que constituiria a suposta patologia, segundo os campos de pesquisa, é o alto investimento das mulheres nas relações amorosas, em detrimento de seu “desenvolvimento pessoal”. Assim - ainda que sejam, em parte, responsabilizadas pela produção de indivíduos “doentes” e pela constituição de “famílias desequilibradas”, o que aponta para a ênfase

na atualização dos papéis tradicionais de gênero – essas mulheres são conclamadas, em primeiro lugar, a desenvolverem as autonomias “emocional” e “financeira”, o que poderia contribuir, como consequência, segundo as teorias ‘nativas’, para a constituição, futura, de uma família considerada “saudável”, ou mesmo, para o realinhamento das ditas “famílias desestruturadas”.

Como já mencionado, a proposta base do MADA, bem como dos serviços de atendimento ao “amor patológico”, para “recuperação” e “controle da doença”, é o cultivo da “autoestima” e da “autonomia/independência emocional e financeira”, de forma que o “autoinvestimento” seja prioridade, o que possibilitaria, comportamentos femininos e relacionamentos “saudáveis” com “homens adequados”. Desse modo, partindo do pressuposto que, no final das contas, existe certa prescrição e busca por dada ‘autonomia instrumentalizada’, que supostamente levaria estas mulheres ao encontro de um parceiro ‘ideal’. Desse modo, no engajamento com a ideologia igualitária e individualista, das teorias e práticas em questão, aparece subjacentemente o comprometimento com a produção de famílias “saudáveis”, no interior das quais a mulher teria papel primordial.

Assim, supus a existência da produção de um ‘jogo pedagógico’, ‘normatizador’ das subjetividades femininas e de seus relacionamentos amorosos, inseridos numa lógica de controle social, a qual atualiza a generificação das práticas sociais, bem como patologiza e ‘normaliza’ as práticas dos sujeitos de acordo com as demandas de um determinado contexto social e histórico.

Desse modo, com o intuito de explorar essas questões, lancei mão de diferentes ferramentas metodológicas. Entre observação-participante nas “reuniões abertas”²⁶ dos grupos MADA da cidade do Rio de Janeiro e análise da “literatura MADA”, também me debrucei sobre parte da bibliografia brasileira produzida pelos psiquiatras e psicólogos da USP acerca do “amor patológico”, bem como participei de uma reunião do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia - RJ, e entrevistei um dos profissionais que atua nesse setor.

²⁶ As “reuniões abertas”, realizadas uma única vez no mês em cada grupo MADA, são aquelas onde o público externo, tais como pesquisadores e curiosos, podem assistir ao encontro. Mais abaixo exporei detalhadamente as diferenças entre uma “reunião aberta” e uma “reunião fechada”, bem como o motivo de tal escolha metodológica.

II. A entrada no campo “MADA” e seus dilemas

Em minha primeira visita a um dos grupos MADA, conhecendo de antemão as condições da frequência, ou seja, a condição de que “o único requisito para ser membro de MADA é o desejo de se recuperar da dependência das pessoas” (Terceira das “Doze Tradições de MADA”)²⁷, ainda que não desejasse ser membro do MADA sabia, dada uma investigação prévia, que as “reuniões fechadas” admitem apenas pessoas que queiram se tornar “membros”. No entanto, considerava que frequentar somente as “reuniões abertas”, àquelas que admitem não-membros, restringiria minha percepção do grupo. Portanto, busquei ter autorização para a frequência às “reuniões fechadas”.

Assim, a “coordenadora” da reunião, em minha primeira visita, ao me perguntar sobre o motivo que me levou ao encontro, respondi que estava iniciando minha pesquisa de mestrado em Ciências Sociais e pretendia investigar tanto o funcionamento do grupo, as questões sociais que ensejavam sua existência, bem como conhecer as características de uma “mulher que ama demais”, respeitando o “anonimato” (“Décima Segunda Tradição”)²⁸ das frequentadoras, já que a ética da pesquisa o pressupunha, e tampouco estava interessada em casos particulares. No entanto, neste momento, pude perceber olhares estupefatos, incomodados e hostis, o que me levou rapidamente, numa reação automática, a dizer que também tinha questões pessoais de ordem afetiva para “partilhar” nas reuniões.

Apesar de ter me apresentado primeiramente como pesquisadora, senti que havia tomado uma atitude antiética, pois compartilhar minhas histórias pessoais não era o meu real objetivo ali. Entretanto, fora da sala, me consolei, em alguma medida, após refletir sobre o fato de que no processo da observação-participante tanto o pesquisador quanto os ‘nativos’, digamos assim, são afetados pela convivência (CLIFFORD, 2002), e que no processo de pesquisa há níveis de trocas e intercambialidades que, muitas vezes, produzem compreensões sobre o campo que, de forma diferente, não seriam possíveis. Assim, o que tinha para oferecer a elas eram reflexões e releituras de minhas histórias de sofrimento. O que era requisito para minha frequência, também era essa troca que constituía a dinâmica do grupo. Desse modo, estaria assumindo minha inserção na dinâmica que pretendia estudar, de maneira a poder sentir ‘na pele’ os processos subjacentes às histórias contadas de sofrimento.

²⁷ Tais “Tradições” serão devidamente apresentadas e discutidas no segundo capítulo.

²⁸ Tal “Tradição” será discutida no segundo capítulo.

Assim, após responder à pergunta da coordenadora, perguntei sobre a possibilidade de eu ser aceita pelo grupo. A coordenadora disse que responderia, mas fez questão de enfatizar que esse não era o momento correto para falar sobre aquilo, ou seja, aquela conversa fugia do *script* e dinâmica do grupo. Mas, disse que, diante do que eu havia formulado, ela não poderia postergar a resposta. Penso que essa reação significava que ali, naquele momento, devíamos resolver se eu teria o aceite para a frequência, ou teria que me retirar imediatamente do local.

A coordenadora me explicou que eu poderia fazer parte do grupo somente se quisesse me tornar membro, ou seja, se tivesse o “desejo de me recuperar da dependência das pessoas” (“Terceira Tradição de MADA”), de outro modo, se eu me identificasse com “as características de uma mulher que ama demais”. Ainda disse que, nem todas as frequentadoras inicialmente se identificam com aquelas características, mas que era importante o desejo de se “recuperar” de conflitos de ordem afetiva. Disse também que, se minha intenção era só a de pesquisar o grupo, eu deveria frequentar as “reuniões abertas”, realizadas uma vez ao mês, as quais aceitavam a visita do “público externo”, podendo abarcar pesquisadores e pessoas com intuito de apenas conhecer o grupo. Mas, caso eu quisesse frequentá-lo como membro, eu seria bem-vinda em todas as reuniões.

Respondi que sim, que gostaria de ir aos encontros como membro e “partilhar” meus “conflitos”, e que também frequentaria as “reuniões abertas” como pesquisadora. Ela então me deu as boas-vindas e disse que naquele dia eu era a “pessoa mais importante” (fala padronizada direcionada as pessoas que vão pela primeira vez), bem como me entregou folhetos com descrições sobre o grupo e um canudo com um laço branco contendo uma mensagem²⁹. No entanto, ainda me sentia incomodada com esse ‘lugar’ inventado, híbrido, constituído por um movimento de dupla inserção, e por saber que meu objetivo último não era me tornar uma “mada em recuperação”³⁰. Entretanto, continuei meu ingresso pelos demais grupos da mesma maneira.

Em todos os demais grupos, quando me perguntavam se eu já conhecia o “MADA”, dizia que sim, que já havia ido a outras “salas”³¹, então pediam para eu falar somente no momento aberto às “partilhas” e não no espaço reservado às pessoas que

²⁹ A cada ciclo temporal as integrantes recebem um canudo contendo uma mensagem enrolado numa fita de cores distintas. O canudo de fita branca, recebido na primeira visita, possui paradoxalmente, o título: “Tome uma atitude apaixonada: Sugestões práticas para uma atitude apaixonada”. Texto na íntegra no anexo XIV.

³⁰ As frequentadoras ao início de toda “partilha” se apresentam como uma “mada em recuperação”.

³¹ Os espaços onde são realizadas as reuniões dos grupos são chamados “salas”.

estavam numa “sala” pela primeira vez³². Quando tinha a oportunidade de falar me apresentava como pesquisadora e dizia que também “partilharia” as dores pelas quais passara. Nesse momento, sempre percebia aqueles olhares ‘inquisidores’, mas logo quando passava a falar sobre mim, de minhas memórias afetivas, sentia expressões de empatia e solidariedade.

Em nenhuma outra “sala”, imagino que por dizer já conhecer outros grupos, fui questionada pela minha ‘dupla inserção’. No entanto, por ter tido idas espaçadas, sempre quando voltava ao mesmo grupo me reapresentava, até porque algumas vezes a coordenação da reunião já havia mudado³³. Assim, uma das vezes que retornei a um dos grupos, no intervalo da reunião - onde entre um cafezinho e outro, as mulheres conversam sobre suas vidas pessoais, e muitas vezes trocam conselhos e experiências - a coordenadora veio até mim e disse:

olha, eu te aconselho a, quando você for partilhar, não falar sobre a sua pesquisa, já que isso pode ser mal visto. Eu até ia te interromper quando você falou que faz uma pesquisa sobre o grupo, mas vi que você também tem questões para trabalhar aqui, vi que você precisa do grupo, então não falei nada. Mas da próxima vez é melhor você não falar sobre a pesquisa.

Retrospectivamente, pude compreender, na prática, a “Décima Segunda Tradição”, o “anonimato”, a qual prescreve a subordinação das identidades pessoais ao grupo, o que confere, uma identidade que, por um lado denota pertencimento, por outro denota uma individualidade singular, uma ‘identidade MADA’. Portanto, manter uma identidade de pesquisadora estava em desacordo com o princípio que prescreve uma espécie de submersão da identidade prévia em favor da identidade do grupo. Contudo, apesar dessa quebra da norma - compreendida como tal posteriormente - não segui, em outros grupos, a recomendação da coordenadora, a de não me identificar como pesquisadora, já que, por questões éticas, não poderia invisibilizar minha identidade profissional.

No entanto, diante do incômodo de enfrentar uma ‘dupla inserção’ no grupo, como membro e pesquisadora, por saber que o fim último de minhas visitas é a pesquisa – ainda que soubesse que no final das contas haveria uma troca ‘justa’ – não estava confortável com este ‘papel’, até porque a ‘troca justa’ consistiria na minha obrigação de “partilhar”, mesmo sabendo que a “partilha” não é obrigatória. No entanto, esse sentimento de obrigatoriedade era fruto de uma percepção de fragilidade dada pela

³² As reuniões são altamente ritualizadas, havendo ocasiões reservadas para cada atividade.

³³ Os cargos devem ser revezados em geral de três em três meses. Entretanto, algumas vezes, as pessoas saem do cargo antes desse período de tempo.

minha ‘dupla identidade’, pois não ‘falar sobre mim’, além de me parecer pouco simpático - já que a organização do grupo se sustenta pela dinâmica entre a fala e a escuta - poderia parecer um sinal de ruptura com a identidade de membro, de modo a poder causar desconfiâncias em relação a minha presença.

Desse modo, resolvi visitar os grupos, somente nos dias das “reuniões abertas”. Tais reuniões, ainda que produzam as mesmas dinâmicas das “reuniões fechadas”, possuem um diferencial para além da aceitação de eventuais visitas de pessoas que não queiram se tornar membros, qual seja: são propostas “temáticas”³⁴ a serem abordadas durante as “partilhas”. As “temáticas” variam entre temas relacionados às “características de uma mulher que amam demais” e às “características de uma mulher que se recuperou de amar demais” vinculados às experiências pessoais de cada integrante, entretanto o último tema é mais frequentemente proposto.

Tal escolha metodológica, sobre a frequência apenas nas “reuniões abertas”, teve o intuito de produzir com as integrantes uma relação mais transparente, e assim, não ostentar minha identidade *outsider*, a qual rompia com a norma supramencionada do “anonimato”. Se por um lado poderia ter ganhos para a pesquisa com a ‘identidade dupla’, por outro poderia comprometer a transparência que a ética da pesquisa pressupõe, bem como comprometeria meu próprio desempenho como pesquisadora por estar numa situação pouco confortável dada a ambígua identidade.

III. Soluções metodológicas

A cidade do Rio de Janeiro conta com doze grupos MADA dispersos pelas diferentes regiões da cidade. Visitei a todos eles, entretanto, me limitei a frequentar somente seis deles, os quais percebi terem maior número de integrantes e com os quais obtive maior abertura ao diálogo. Em geral, eles possuem de 10 a 20 mulheres com frequência rotativa e “intergrupais”. São eles: “Grupo MADA Tijuca”; “Grupo MADA Andaraí – Só Por Hoje”; “Grupo MADA Andaraí”; “Grupo MADA Leblon”; “Grupo MADA Flamengo” e “Grupo MADA Méier”. Frequentei os grupos ao longo de 2013 e 2014, com visitas, em geral, mensais. Entretanto, com intuito de resguardar o

³⁴ A justificativa dada por uma integrante a respeito da existência das “temáticas” nas “reuniões abertas” foi a de defender que é importante frisar nestas reuniões, para as eventuais “pessoas de fora”, as características da “doença” e “recuperação”.

“anonimato” das integrantes não mencionarei os nomes dos grupos quando apresentar os diálogos que obtive com as frequentadoras.

A princípio me propus a aplicar entrevistas semi-estruturadas, entretanto não obtive êxito. Em geral, quando tocava no assunto, as mulheres sempre diziam que iam pensar, ou simplesmente não respondiam nada, ou mesmo se negavam a serem entrevistadas. Ainda que explicasse que resguardaria o “anonimato”, e que se preferissem não precisaríamos falar sobre suas histórias pessoais. Somente uma única mulher, coordenadora da reunião na época, se dispôs a ser entrevistada. Ela dizia que o “programa” fez tão bem a ela que então ficaria muito satisfeita em falar sobre isso, e em poder me ajudar. No entanto, quando liguei para marcar um local para nos encontrarmos ela disse que estava muito ocupada e sem tempo para me encontrar, mas que eu ligasse outro dia. Entretanto, as minhas posteriores ligações não foram atendidas.

Diante dessa limitação imposta pelo campo, busquei solucioná-la utilizando, para fins de análise, somente as conversas interpessoais que obtinha com as frequentadoras, bem como as falas das “partilhas” que não pudessem as identificar, especialmente àquelas mais recorrentes que possam representar o grupo como um todo, e não os casos particulares. Essa escolha metodológica parte do respeito às condições do grupo que repetem como um mantra em todas as reuniões os dizeres, coletivamente entoados: “Tudo que você ouve aqui, ao sair daqui, deixe que fique aqui”. Tais orações se encontram em um *banner* pendurado em todas as “salas” das reuniões.

Tais limitações, dilemas e soluções metodológicas encontradas em campo serão retomadas no segundo capítulo.

IV. Entrada no “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”

Desde janeiro de 2014 iniciei um diálogo com o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia na cidade do Rio de Janeiro. Tal diálogo foi mediado pela estagiária, psicóloga e coordenadora do serviço, que me recebeu com solicitude, e mediou minhas demandas - como meu desejo de entrevistar os profissionais do serviço e as “paciente”, bem como participar de alguma das “reuniões terapêuticas” – à equipe do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa. A coordenadora me explicou que qualquer uma de minhas solicitações deveria passar pela autorização de tal equipe, constituída pelos supervisores, psiquiatras e psicólogos, efetivos da Santa Casa.

Os diálogos com a coordenadora do serviço aconteceram por meio de telefonemas e e-mails.

A primeira autorização que recebi foi a de entrevistar a própria mediadora, coordenadora do serviço. Busquei tomar conhecimento sobre a dinâmica das “reuniões terapêuticas” e seus objetivos; sobre as características do que vinha a ser o “amor patológico”; a respeito do número, perfil e gênero dos frequentadores das reuniões; a relação que tais frequentadores tinham com os grupos MADA; sobre a própria formação da coordenadora; acerca da organização institucional em torno do serviço de atendimento ao “amor patológico”; bem como a história e motivações da implementação do serviço.

O intuito da entrevista era de compreender as possíveis aproximações e afastamentos das práticas, motivações e ‘saberes’ dos grupos MADA, assim como tentar entender se havia influencia de um sobre o outro (MADA e serviço da Santa Casa), e mapear o que me parecia uma ‘rede de medicalização do amor’.

Outra solicitação era referente à obtenção de uma entrevista com a supervisora do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, a qual foi responsável pela implementação do atendimento ao “amor patológico”. Entretanto, tal solicitação foi negada, e no lugar dela foi sugerido, pela equipe, e pela própria supervisora, o envio a seu e-mail de um questionário, o qual seria respondido pela mesma. Tal questionário foi elaborado com o objetivo de compreender as motivações da implementação e a relação de tal feito com os setores de “pesquisa e tratamento do amor patológico” do AMITI, pois, a implementação do serviço na Santa Casa foi baseada nas pesquisas e atendimentos do AMITI, existindo, segundo a coordenadora do serviço da Santa Casa, um período de diálogos e visitas da equipe, e, sobretudo da supervisora da psiquiatria do Rio de Janeiro, ao AMITI. No entanto, tal questionário, enviado 18/03/2014, não foi respondido, não havendo nenhuma justificativa da equipe sobre a omissão.

A segunda anuência concedida foi poder assistir a uma única “reunião terapêutica”, o que me possibilitou tomar conhecimento da dinâmica da reunião, do perfil das “pacientes” (ainda que tenham sido apenas três presentes na reunião assistida), e das principais questões discutidas nesse espaço. Entretanto, a respeito das tensões pessoais expostas pelas mulheres, utilizarei somente as falas que não as identifiquem, bem como as conversas informais ocorridas ao final da reunião.

V. Os capítulos

Essa dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro embasa teoricamente os motivos do recorte de meu objeto, tecendo suas fronteiras e o corporificando, bem como busca justificar as perguntas e hipóteses iniciais da pesquisa. Fiz uma breve introdução sobre a história da medicina e psiquiatria do século XVIII a inícios do século XX, levando em consideração as práticas e discursos produzidos, neste contexto, acerca da relação que se estabelece entre doença, corpo, gênero feminino, moralidade e ordem social. Os marcadores teóricos aqui acionados se pautam numa perspectiva foucaultiana, a qual inspirou, como recurso analítico, diversas produções acadêmicas sobre a medicina e teorias *psi*, qual seja: as noções *poder disciplinador* e *biopoder*, as quais perspectivam a compreensão, entre outras, de normas e verdades produzidas e produtoras de ‘normalidades’ e ‘patologias’.

Nessa senda, utilizei os principais debates e produções acadêmicas, sobretudo brasileiras, acerca da constituição da medicina e campos *psi* no Brasil, lançando mão do mapa sobre a institucionalização dos campos *psi* produzido por Jane Russo (2002), e das práticas médicas, sobretudo no que diz respeito à psiquiatria, abordadas por Sérgio Carrara (1992) acerca da “degenerescência”, e sobre “loucura moral” discutida por Maria Clementina Cunha (1986). Ambas as categorias, complementares, codificam a abordagem médica e dos campos *psi*, sobre a relação que se estabelece entre papéis sociais determinados relativos à ordem social e as inconformidades destes papéis, as quais se traduziriam em sintomas patológicos.

Ao me aproximar ainda mais do objeto e recorte da pesquisa, o que se refere aos papéis sociais generificados, abordei as produções acadêmicas que discutem o tratamento diferenciado dado às mulheres pelos campos médico e psicológico. De modo a abordar as “doenças” consideradas tipicamente femininas e a relação destas com o papel social prescrito às mulheres. Assim, foram abarcadas, as concepções médicas e psicológicas que entrelaçam ‘natureza feminina’ e ‘patologia’. Entre os teóricos aqui empregados estão, entre outros, Thomas Laquer (1990), o qual aborda as tentativas, do campo médico, de diferenciação dos corpos de homens e mulheres e a relação desta com o contexto sócio-político do século XVIII, e Engel (1997) e Fabíola Rohden (2001; 2008), Rinaldi (2004), as quais tratam algumas “doenças” imputadas às mulheres, entre os séculos XVIII e XX, tais como a “histeria”, “ninfomania” e demais “distúrbios mentais” associados aos corpos femininos e a subjacente tentativa de adequação dos

papéis sociais produzida pelas práticas e a produção dos saberes médicos e psicológicos acerca da mulher.

Assim, abordo quais são estes supracitados papéis sociais prescritos às mulheres, bem como abarco as discussões acerca das relações de parentesco e dos papéis sociais generificados inerentes a tais relações. Nessa senda se dá a discussão sobre o lugar da maternidade e a relação da maternidade com a produção de indivíduos considerados sadios ou doentes.

Aqui também explanei as teorias que discutem o par (sexo/gênero) e algumas discussões criadas por vertentes feministas com o intuito de problematizar as consideradas determinações biológicas, e apontar para a construção cultural dos papéis sociais segundo a filiação sexual de cada indivíduo. Ainda apresentei a noção de gênero como discurso e *performance* utilizadas por Judith Butler (1993; 2010).

A noção de amor é abordada vinculada a perspectivas próprias da ideologia individualista, bem como relacionada à concepção de controle das emoções concernentes a um contexto cultural considerado psicologizante (CONDÉ, 2011; RUSSO, 2002; ILLOUZ, 2010; DUARTE & CARVALHO, 2005).

No segundo capítulo foi feita uma explanação sobre a origem dos grupos anônimos de ajuda mútua, iniciados com a temática do alcoolismo, em 1935, e sua dispersão pelo mundo, com a especificidade dos desdobramentos temáticos acerca de supostas dependências sexo-afetivas, a partir da década 90 do século XX.

Em consonância com tal reflexão aciono os debates sobre as demandas sociais pelo consumo de livros de autoajuda, bem como a necessidade de “falar de si” privada e publicamente, o que está associado às terias *psi* que permeiam o tecido social contemporâneo (ILLOUZ, 2010; RUSSO, 2002).

Assim, apresento a dinâmica, estrutura e organização dos grupos anônimos de ajuda mútua, entre os quais se insere o MADA, bem como as normas, prescrições e categorias que os constituem, tal como as “partilhas”, “anonimato” e “poder superior”.

Apresento também a especificidade do público e da “literatura” da rede de anônimos MADA, de modo a discutir as principais categorias produzidas pela “literatura MADA”, tais como “homens inadequados”, “amar demais” e “família desestruturada”, entre outras.

No contexto etnográfico busquei apreender e analisar as perspectivas, discursos e compreensões das frequentadoras do MADA sobre si e sobre o próprio MADA. Explicito assim as apropriações das integrantes das categorias que circulam no grupo,

encontradas na “literatura”, e as possíveis categorias produzidas pelas próprias mulheres. Para, tanto o trabalho de observação-participante foi fundamental. Ainda aqui expus e problematizei as limitações impostas pelo campo, tais como a falta de êxito na frequência às reuniões abertas e na obtenção de entrevistas.

No último capítulo abordei a produção dos campos psiquiátrico e psicológico acerca da categoria “amor patológico”, bem como busquei mapear sua origem, características atribuídas e os métodos de diagnóstico e validação da suposta doença. Desse modo, foi relevante rastrear os diversos atores que contribuíram com a produção e manutenção da categoria.

Assim, apresento os campos brasileiros que se dispõem a tratar o “amor patológico”, bem como exponho os métodos descritos e o público alvo da intervenção terapêutica. Tal intento será fundamentado pela leitura dos artigos científicos produzidos, sobretudo no Brasil, acerca da categoria, e por entrevistas com os atores representantes do tratamento psiquiátrico e psicológico da cidade do Rio de Janeiro, na qual se encontra o principal campo da pesquisa, a saber: o grupo anônimo de ajuda mútua MADA.

Apresento, desse modo, o atendimento clínico ao “amor patológico” da Santa Casa da Misericórdia, pautada na entrevista da coordenadora deste atendimento, e em minha visita à “reunião terapêutica”, as quais possibilitaram reflexões a respeito dos fluxos de categorias e atores entre os grupos MADA, bem como compreensões acerca da categoria “amor patológico” e a vinculação desta com a concepção de tais atores sobre o ‘universo feminino’.

CAPÍTULO 1: Gênero, Família e Emoção

De forma a inspirar uma série de trabalhos acadêmicos, Foucault (2005) tratou os campos médicos e *psi* como saberes constitutivos de uma teia de poderes institucionalizados, os quais acabaram por permear todo tecido social, mediante práticas, técnicas e discursos que lançariam mão da ideia de emancipação e liberação humanas. No entanto, num efeito contrário, o que anunciava emancipação, controla e disciplina, contribuindo para a constituição de subjetividades e *corpos dóceis* atravessados por uma teia de poderes/saberes.

Com efeito, Foucault, ao formular seu conceito de *poder disciplinar*, quis demonstrar que no decorrer dos séculos XVII e XVIII as *disciplinas*³⁵ se sofisticaram de modo a se tornarem “formas gerais de dominação” através do controle e vigilância do corpo buscando “transformar multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas” (FOUCAULT, 2000, p.127). Foucault relaciona a emergência desse instrumento de poder, sobretudo, ao crescimento do aparelho de produção e à explosão demográfica que demandariam corpos *úteis* e *dóceis*. Assim, a vigilância, atrelada às disciplinas, através dos exames e documentos, classificam, quantificam e qualificam cada caso que deverá ser disciplinado, produzindo assim, como efeito, a individualidade moderna.

Poder disciplinar e *biopoder*³⁶, este último penetrando a população e a organizando e classificando suas sexualidades centrífugas à conjugalidade e as “anexas”, passam a coexistir e a operar de modo a *normalizarem* os indivíduos mediante as disciplinas, as quais definem o que é *normal* e *anormal*, no interior de um processo de elaboração e indução da “norma”, que, segundo Ganguilhem³⁷, apropriado por Foucault (2001), “é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha

³⁵ “Para Foucault, ‘disciplina’ tinha um duplo significado. De um lado, implicava uma forma de controle ou punição; de outro, referia-se a um corpo acadêmico de conhecimentos – a disciplina história ou a biologia. O conhecimento disciplinar desenvolvido nos campos da embriologia, endocrinologia, cirurgia, psicologia e bioquímica estimularam os médicos a tentarem controlar o gênero mesmo do corpo – inclusive ‘suas capacidades, gestos, movimentos, localização e comportamentos’.” (FAUSTO-STERLING, 2001, p.26)

³⁶ “Ao passo que o poder disciplinar se faz sentir nos corpos dos indivíduos, o biopoder aplica-se em suas vidas. Enquanto a disciplina promove a individualização dos homens, o biopoder acarreta uma massificação, tendo em vista que ele dirige, não aos indivíduos isolados, mas à população” (POGREBINSCHI, 2004, p.190). Exercendo-se sobre a natalidade, longevidade e mortalidade vinculada à produção de saber, especialmente associada à Estatística e Biologia.

³⁷ Ganguilhem, G. *Le normal et le pathologique*, Paris, 1972, pp. 169-222.

fundado e legitimado”. A norma assim ajusta os indivíduos de modo a sujeitá-los voluntariamente, produzindo efeitos de *normalização* que organizam suas condutas.

Entretanto, é através do *dispositivo*³⁸ histórico da sexualidade que o controle dos corpos se dá, incitando discursos e saberes que atravessam os indivíduos, de forma a inserir o sexo num sistema de regulação social. Desse modo, é o século XVIII que implanta um aparelho de Estado ramificado em diversas instituições, aperfeiçoando assim os exercícios de poder que se manifestam e são transferidos para a escola, indústria, família, medicina, etc.

Dessa maneira, as teorias e práticas “terapêuticas”, o que Foucault chamou de *scientia sexualis*, estariam no bojo dessa teia de saberes/poderes *normalizadores* e *patologizadores*. Tal campo de saberes lança mão da *técnica de confissão*, a qual remonta a confissão católica, e que está comprometida com a suposta busca pelo “autoconhecimento”, que opera como mecanismo de produção da *verdade do eu*. A técnica de ‘falar de si’, então, por pressupor a escuta de um interlocutor ‘avaliador’ e ‘intérprete’, ensinaria um mecanismo redentor, moralizante e curativo, que reorganizaria os sujeitos, produzindo verdades, as quais são autenticadas “pelos obstáculos e as resistências que teve que suprimir para poder manifestar-se” (Foucault, 2005, p.61); configurando um ritual produtor de ‘modificações intrínsecas’.

Muitos trabalhos acadêmicos produziram importantes análises acionando a chave teórica que compreende a existência da produção de saberes/poderes reguladores das condutas dos sujeitos, os quais apontam para a relação que se estabeleceu no século XIX entre corpo, doença e moralidade. Tais produções evidenciam que as ditas descobertas e verdades científicas não estão isentas de condicionantes políticos, culturais, sociais e econômicos, o que coloca em xeque, como defende Citelli (2001), a credencial de imunidade que nossas sociedades conferem aos cientistas naturais.

Sérgio Carrara, em “Os infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século” (1992), abordou a categoria “degenerescência” utilizada por alguns discursos médicos. No século XIX, segundo Carrara (1992), existiram dois núcleos de discursos acerca da noção de pessoa,

³⁸ A definição de dispositivo se circunscreve a “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2006, p.244).

produzidos pela intelectualidade. Por um lado existia a defesa do “biodeterminismo” e por outro a defesa do “livre-arbítrio”. Portanto, a noção de “degenerescência”, que se associava à “loucura moral”, foi (re)apropriada por uma abordagem médica-antropológica, entre os séculos XIX e XX, a qual refletiu, como defende Carrara (1992), a articulação dos dois núcleos discursivos supracitados.

Os indivíduos “degenerados” eram acusados por degradar a espécie humana, pois sua suposta condição degenerativa era transmitida pelas gerações anteriores, o que lhes conferia uma posição de “inferioridade biológica”. Com efeito, era suposto que os ditos degenerados, considerados anormais, ameaçavam a moralidade e ordem burguesas, elementos da concepção de civilização. Assim, toda sorte de sujeitos, tais como prostitutas, homossexuais, adúlteras, ex-escravos, alcoólatras, luxuriosos, entre outros, eram ameaças que deveriam ser contornadas mediante classificações e intervenções políticas, higienistas e ‘terapêuticas’.

Entretanto, o estatuto do “degenerado” era marcado pela ambiguidade, pois sua conduta estaria no limiar entre a “vontade livre” e o “determinismo biológico”, ou responsabilidade e a irresponsabilidade. Pois, se por um lado eram “degenerados biologicamente”, por outro, eram susceptíveis ao meio social (CARRARA, 1992). De modo que se esperava que indivíduos considerados mais responsáveis resistissem a total “degeneração”. Dessa maneira, os ditos degenerados poderiam sucumbir ainda mais se não resistissem a certas “forças degenerativas” próprias ao meio social³⁹. Desse modo, eram considerados mais vulneráveis, que os sujeitos considerados “normais”, a toda sorte de males: imoralidade, amoralidade, crimes diversos, vício, loucura, disfunções físicas e mentais, etc. Portanto, a “loucura moral”, era uma das classificações recorrentes imputada a esses sujeitos.

Esta perspectiva acerca da maior vulnerabilidade de determinados sujeitos ao meio social e familiar corruptível encontra certa equivalência na definição contemporânea de “transtorno do impulso”. No site oficial do PRO-AMITI⁴⁰, num

³⁹ “Em momento algum a imoralidade, o crime ou o vício são considerados frutos de uma vontade livre que se desvia da lei ou da norma moral, mas sim, como fruto da falência dessa vontade frente a forças que, se não emanam do interior dos organismos, invadem-nos desde fora.” (CARRARA, 1992, p.28)

⁴⁰ “A impulsividade é um traço de personalidade implicado em um número variado de comportamentos normais e patológicos. Na clínica da saúde mental, a impulsividade atravessa diferentes categorias diagnósticas e transtornos de personalidades. (...) não podemos ignorar que vivemos numa época em que a demanda por performance sempre melhor é uma fonte contínua de estresse, concomitante com uma oferta sempre crescente de produtos, bens de consumo e serviços, numa multiplicidade de estímulos que nos chegam por telecomunicação, mundo digital, etc... Sob este bombardeio é quase impossível não perder o foco e às vezes apresentarmos reações impulsivas. Os **indivíduos mais vulneráveis** acabarão por

esforço de caracterização de tal “transtorno”, encontra-se a defesa de que todos indivíduos, devido às configurações contemporâneas propiciadoras, possuem tendências a atitudes impulsivas. Entretanto, somente alguns, aqueles que procurariam ou precisariam de atendimento especializado, seriam mais vulneráveis ao meio social. Essa discussão, acerca da “maior vulnerabilidade” dos indivíduos que se tornam patologizáveis, será retomada no terceiro capítulo.

Outro trabalho relevante acerca da “loucura moral” é apresentado por Maria Cunha P. Clementina (1986), onde analisa a ascensão do Asilo Juquery, em São Paulo, evidenciando o caráter higienizador e disciplinador da ordem médica psiquiátrica do início do século XX no Brasil. A transição da “degenerescência” para “eugenia”, como recurso médico, assinalou a intensificação da institucionalização do controle de uma massa “desorganizada” que não se adequava aos desígnios urbanos, industriais e familiares. Desse modo, a psiquiatria articulava uma representação organicista, biológica, da sociedade, a qual deveria ser funcionalmente harmônica, de forma a serem, os conflitos, representados como “distúrbios” e “doenças”. A loucura então era metáfora da desordem social, enquanto a psiquiatria a possibilidade da ordem. (CUNHA, 1986).

A “loucura moral”, transmitida biologicamente, considerada pelos psiquiatras de difícil reconhecimento pelos leigos, era acionada em casos de “inadequação comportamental”, “exageros sexuais”, entre outros. A ideia de fundo era o vínculo que se estabelecia entre moralidade, doença mental e corpo. A eugenia então se torna recurso de prevenção de uma hipotética ameaçadora falência social. Assim, devia-se prevenir a existência, ou interceptar, mulheres adúlteras, desempregados, mulheres solteiras na maturidade, prostitutas, homossexuais, mulheres “anestesiadas”, trabalhadores urbanos “inadequados” ao trabalho, imigrantes desempregados, homens que se recusassem a trabalhar, mendigos, alcoólatras, dissipadores dos bens familiares, etc.

Assim, como visto no estudo de Cunha (1986), no início do século XX, no Brasil, o estudo e práticas acerca das “doenças mentais” estavam voltadas para a constituição de certa moralidade baseada num dado padrão de família - onde a relação entre gêneros era marcada por papéis bem definidos -, na disciplina do trabalho e, portanto na aceitação de papéis sociais determinados.

recorrer ao clínico que deve estar capacitado a responder a esta demanda” (fonte: <http://amiti.com.br/impulsividade>, grifo meu).

Considerados insubmissos pelos alienistas, os “loucos morais” eram patologizados por diferentes motivos, os quais estavam de acordo com seu lugar na hierarquia social e com seus papéis de gênero. Enquanto que alguns homens eram considerados loucos morais por se recusarem a trabalhar, mulheres podiam ser consideradas loucas por não desempenharem seu papel de esposa submissamente, ou por se recusarem a casar ou por terem relações extraconjugais.

Assim, a generificação dos indivíduos produziu, e produz, não somente a busca pela manutenção dos papéis distintos para homens e mulheres pelo campo médico, onde não havendo adequação aos papéis são considerados sujeitos doentes, mas também pelo campo jurídico, o qual, nos séculos XIX e inícios do XX, abrandava os crimes passionais cometidos tanto por homens quanto por mulheres, que justificam a violência pelo descumprimento das “obrigações morais”, do parceiro(a), próprias a cada “sexo” (RINALDI, 2004). No entanto, no caso de crimes passionais femininos, segundo Rinaldi (2004), existia uma especificidade amenizadora nos processos, qual seja: a crença no descontrole constitutivo da “natureza feminina”. Assim, a generificação dos sujeitos produz compreensões, papéis, saberes generificados, e, sobretudo, patologias consideradas tipicamente femininas.

1.1 Produção dos corpos generificados

A partir do século XVIII, os saberes da anatomia e biologia humanas passaram a representar os corpos “femininos” e “masculinos” de maneira diferenciado, de modo a subsidiar os discursos que buscavam manter os papéis sociais generificados, os quais passaram a acionar a biologia, ou seja, a “natureza” para justificar tais lugares (LAQUER, 2001). Segue daí uma “ciência da diferença”, apontada por Londa Schiebinger (2001), a qual teve papel fundamental na conformação e manutenção da mulher a papéis definidos no seio da ordem social burguesa.

Thomas Laquer (2001) ao analisar a produção médica, do século XVIII, em torno do corpo feminino apresenta as transformações das abordagens⁴¹ atentando para

⁴¹ “Os antigos valores foram destronados. O lugar-comum da psicologia contemporânea – de que o homem deseja sexo e a mulher deseja relacionamento – é a exata inversão das noções do pré-iluminismo que, desde a Antiguidade, ligava a amizade aos homens e a sensualidade às mulheres. As mulheres, cujos desejos não conheciam fronteiras no antigo esquema e cuja razão oferecia pouca resistência à paixão, tornaram-se, em alguns relatos, criaturas com uma vida reprodutiva anestesiada dos prazeres carnaís. Quando, no final do século XVIII, passou-se a pensar que ‘a maioria das mulheres não se preocupava

as influências políticas que orientavam tais estudos. Segundo Laquer as diferenças fisiológicas vinculadas aos papéis sociais, antes do século XVIII, eram compreendidas a partir do modelo de Galeno (século II d.C.), o qual defendia que homens e mulheres possuíam uma mesma genitália, uma “única carne”. No entanto, as diferenças eram entendidas mediante uma lógica de gradação de perfectibilidade, justificada por uma ordem metafísica hierárquica entre o microcosmo e macrocosmo, na qual o homem, inserido no microcosmo, era elemento referencial da perfectibilidade. Enquanto a mulher era concebida como menos perfeita, o que justificava sua tutela.

A partir do século XVIII há uma mudança epistemológica ocasionada por transformações sociais⁴² que ensejaram novas percepções da realidade, onde “fato” e “superstição”; “verdade” e “falsidade”; “corpo” e “espírito” passam a ser distinguidos no interior de uma perspectiva mecanicista, cartesiana, marcada por uma epistemologia empírica. Assim, surge a necessidade de buscar marcar as diferenças, e, portanto, o lugar de cada um na sociedade, através justificativas outras. A natureza, assim, torna-se o material a ser medido e interpretado, o qual passa a ser o substrato e justificativa de diferenças e desigualdades. Desse modo, a representação do corpo é cindida em “dois sexos”, os quais tornam-se, especialmente o feminino, objetos das mais variadas interpretações biologicista (LAQUER, 2001).

A visão dominante desde o século XVIII, embora de forma alguma universal, era que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, seus papéis de gênero, são de certa forma baseados nesses ‘fatos’. A biologia – o corpo estável, não-histórico e assexuado – é compreendido como fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social. (*Idem*, p.18)

A partir de então, o corpo feminino torna-se tematizado e fonte de toda sorte de teorias médicas e práticas intervencionistas. Compreendido em relação não somente a sua genitália, mas ao útero, sangramento, calores, secreções, ovários, o corpo feminino deveria ser regulado, já que a anatomia e a fisiologia femininas são consideradas causadoras de “distúrbios comportamentais”, uma vez que o “sistema nervoso” estaria submetido aos órgãos reprodutivos da mulher (ROHDEN, 2008; MOSCUCCI, 1990; GAY, 1988). Assim, a “fragilidade” e “descontrole” perpassariam tanto pelo corpo quanto pela moralidade (ROHDEN, 2008), desse modo “patologia” e “natureza

com sentimentos sexuais’, a presença ou ausência do orgasmo tornou-se um marco biológico da diferença sexual” (LAQUER, 2001, p15-16).

⁴² C.f. Thomas Laquer (2001).

feminina” tornam-se imbricadas, o que justificaria as limitações sociais e econômicas das mulheres como já mencionado.

Dessa maneira, “histeria”, “excessos sexuais”, “ninfomania”, “patologias” essas que estavam em desacordo com o comportamento de uma esposa e mãe dedicada (NUNES, 2000). Assim, o corpo feminino por ser considerado desencadeador de tais “patologias” deveria ser “regulado”, mediante a intervenções cirúrgicas, internações compulsórias, amputação de clitóris, extirpação de ovários ou útero, entre outros (CUNHA, 1986; ROHDEN, 2008).

Desse modo, o nascimento da ginecologia, no século XIX, assim como a psiquiatria, apregoa a associação entre perturbações mentais e órgãos genitais femininos, de modo a buscar definir os papéis psicológicos e morais das mulheres (MOSCUCCI, 1990). Uma das fontes de preocupação dos ginecologistas era a valorizada função reprodutiva da mulher, de modo que recomendava-se a reprodução como maneira de sanar alguns “distúrbios comportamentais”, e por outro lado argumentava-se que o excesso intelectual, bem como o trabalho extra doméstico, devido à suposta fragilidade feminina aos estímulos externos, poderiam afetar sua capacidade reprodutiva (ROHDEN, 2001a; MOSCUCCI, 1990).

Com efeito, os discursos da ginecologia e psiquiatria se inter-relacionavam, pois vinculavam doença, moralidade e corpo feminino. Enquanto os ginecologistas defendiam que a menstruação, por exemplo, expressaria o caráter instável da constituição física e mental da mulher, já que da puberdade a menopausa a mulher estaria sujeita a diversas perturbações (ROHDEN, 2008), os psiquiatras compreendiam a “histeria” como uma “degenerescência do sistema nervoso” que poderia ser causada pelo comportamento sexual feminino “inadequado”, tais como “desejo sexual excessivo”; “ausência de desejo sexual”; “o não desejo pelo matrimônio” ou se “negar à reprodução” (ROHDEN, 2001; ENGEL, 1997).

Assim, com a necessidade de circunscrever a mulher ao casamento, os discursos médicos, entre os séculos XVIII e XIX, criam um duplo perfil feminino. De um lado a mulher mãe, passiva e assexuada, sensível e dependente e de outro uma mulher de constituição física e moral debilitada, facilmente degenerável, a qual padeceria de um “‘excesso’ sexual a ser constantemente controlado” (NUNES, 2000, p. 12). Desse modo, ambos perfis apontavam para a necessidade da mulher ser tutelada por sua constituição vulnerável que se definia, segundo Nunes (2000), por:

alguém sem condições de manter seus sentimentos e pensamentos sob controle, devido à sua frágil estrutura, podendo sucumbir a seus estigmas degenerativos, transformando-se em criminosa, prostituta, louca, histérica ou ninfomaniaca (p. 12).

Portanto, o corpo feminino passa a ser compreendido especialmente de maneira vinculada à maternidade e ao trabalho doméstico. Segundo Burin (1996), no século XIX, as mulheres que vivenciavam a maternidade de forma considerada inapropriada, poderiam colocar em risco o bem-estar físico e psíquico da prole, podendo ser diagnosticadas como "mães simbiotizantes", "mães esquizofrenizantes" ou "mães abandonicas". Outras patologias se relacionavam à vida doméstica, as quais foram rotuladas como "neurose da dona de casa", "síndrome do ninho vazio", "depressão de mulheres de meia-idade".

Com efeito, as patologias femininas são inscritas em problemas de ordem pública e sanidade social (ROHDEN, 2008), dado o caráter patológico constituição da mulher. Assim, era comum, entre os séculos XIX e XX, segundo Rohden (2008), intervenções cirúrgicas para o tratamento de diversos “males” que acometiam as mulheres.

Um caso brasileiro exemplar de intervenção médica, cirúrgica, que tinha como objetivo a “cura” de “desordens mentais” femininas é a “ovariotomia” ou “castração ovariana”, tratadas por Rohden (2008) em seu artigo “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”. A autora mostra que, em princípio, a ovariotomia ou castração ovariana eram usadas para extirpar os ovários enfermos, mas depois passou a ser um meio para curar as “desordens mentais”, o que acarretou um alto índice de mortalidade entre as mulheres submetidas a essas cirurgias.

Segundo Rohden (2008) a maior parte das internadas no asilo francês Évrard e na Casa de Saúde do Dr. Eiras, no estado do Rio de Janeiro, sofriam de afecções ginecológicas. Desse modo, defendia-se que as doenças ginecológicas precediam as perturbações mentais, ou evoluíam paralelamente, o que concorria para defender a prática cirúrgica. Essas mulheres, em geral, jovens de conduta desviante, além de outros distúrbios que eram passíveis de intervenção cirúrgica, apresentavam:

sintomas como abuso de álcool, irritabilidade exagerada, melancolia, estupor, tentativas de suicídio, idéias de perseguição, alucinações, etc., associadas a irregularidades menstruais, endometrites, papilomas, atresia do colo do útero (p.137).

A autora faz referência a um caso paradigmático, ocorrido em 1896, em que uma jovem, M.J., brasileira, branca, casada e fértil, é internada por se “comportar de maneira inapropriada”, mantendo relações sexuais extraconjugais com “três homens de classe baixa” (*Idem*, p.137). Internada, é diagnosticada “ninfomaníaca”. M.J., então passa pela curetagem uterina e é considerada “curada”. No entanto, mais tarde, voltam as “perturbações” o que a leva a ser internada novamente, agora, no Hospício Nacional dos Alienados onde mais tarde vem a falecer.

Em inícios do século XX a prática da intervenção cirúrgica começa a ser questionada, pois alguns médicos pesquisadores advogam, ao contrário do que vinha sendo defendido, que a integridade desses órgãos era fundamental para a manutenção da saúde mental da mulher. Começam a surgir estudos apontando para perturbações mentais e consequências não desejáveis, resultado da ovariectomia, tais como a esterilização da mulher, a perda do apetite sexual e a aquisição de características masculinas (ROHDEN, 2008).

É no rol desses debates que se inicia a concepção segundo a qual o ovário produz secreções que seriam fundamentais para a saúde mental da mulher, secreções essas que, posteriormente, vieram a ser designadas por hormônios. No caso dos homens, essa secreção seria produzida pelos testículos, sendo, assim, as secreções, exclusivas de cada “sexo”. Portanto, a intervenção cirúrgica, em casos de “desordens mentais”, não deveria ser mais empregada, agora, eram as secreções que deveriam ser repostas.

Nesse novo modelo, as perturbações que foram antes tratadas pela remoção dos ovários só poderiam ser solucionadas considerando o equilíbrio dos hormônios. É a partir daí que se pode compreender a transformação de um padrão, baseado no excesso, para outro, centrado na falta de feminilidade, e a decorrente necessidade de reposição das substâncias típicas das mulheres. (ROHDEN, 2008, p.147)

A ovariectomia então passa a ser percebida como um processo de dessexualização da mulher, o que poderia ser compreendido como uma ameaça ao casamento. Desse modo, a reposição hormonal torna-se fundamental para “devolver” à mulher sua feminilidade que, por algum motivo, havia perdido.

Assim, a “descoberta” dos hormônios estaria baseada nessa perspectiva médica que relaciona corpo e comportamento. O hormônio, considerado próprio de cada sexo, seria responsável então por produzir as diferenças intelectuais e comportamentais entre mulheres e homens, o que antes eram atribuídas ao ovário e testículos. Entretanto, são as mulheres o foco desse “corpo hormonal”, já que considera-se que sejam

governadas pelos hormônios. Com efeito, vê-se uma contínua essencialização do gênero, “materializada” pelos discursos e práticas médicas.

1.2 O binarismo sexo/gênero e seus debates

Gênero foi firmemente alocado a uma problemática individualista, dentro da ampla ‘incitação ao discurso’ à sexualidade característica da sociedade burguesa, dominada pelos homens, e racista. Os conceitos e tecnologias da “identidade de gênero” foram produzidos a partir de vários componentes: uma leitura instintualista de Freud; o foco na psicopatologia e somatologia sexual dos grandes sexologistas do século dezenove (Krafft-Ebing, Havelock Ellis) e seus seguidores; o contínuo desenvolvimento da endocrinologia bioquímica e fisiológica desde os anos vinte; a psicobiologia de diferenças sexuais nascida da psicologia comparada; as inúmeras hipóteses de dimorfismo sexual hormonal, de cromossomos e neural, que convergiram nos anos cinquenta; e as primeiras cirurgias de redefinição de gênero por volta de 1960. (HARAWAY, 2004, p.216)

Segundo Thomas Laquer (2001), ao contrário dos textos Iluministas onde o corpo aparece como “real”, e os significados culturais seus epifenômenos, os textos pré-Iluministas tratam o corpo como epifenômeno do gênero, o qual é considerado como “real”:

O gênero – homem e mulher – era muito importante e fazia parte da ordem das coisas; o sexo era convencional, embora a terminologia moderna torne essa reordenação sem sentido. Pelo menos, o que nós chamamos de sexo e gênero existiam em um ‘modelo de sexo único’ explicitamente ligados num círculo de significados; escapar daí para um suposto substrato biológico – a estratégia do Iluminismo – era impossível. (...) Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não ser organicamente um ou o outro de dois sexos, sexos incomensuráveis. Em outras palavras, o sexo antes do século XVII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica. (Idem, p. 19)

Assim, Laquer aponta para o fato de que as categorias “sexo” e “gênero” - ou melhor, a distinção entre natural e cultural – nem sempre foram entendidas tal como as compreendemos hoje. Entretanto, a categoria gênero surge justamente como contestação - encabeçada por uma corrente acadêmica feminista construtivista, nos anos 1970 - aos argumentos biologicistas, os quais, como vimos, tratam as categorias “mulheres” e “homens” como denotadores de tipos naturais e não construções culturais, contribuindo então para definições de papéis sociais distintos e, muitas vezes, assimétricos atribuídos a mulheres e homens, dada a crença em capacidades biológicas distintas.

Como lembrado por Henriette Moore (1997), essa ênfase na distinção entre sexo e gênero, em busca de combater os argumentos do determinismo biológico, aparece em “Sexo e Temperamento”, de Margareth Mead, escrito em 1935. Ela aponta para a variabilidade cultural nas concepções de masculinidade e feminilidade,

(abordagem que foi alargada por antropólogas na década de 70) que mostram a impossibilidade de tomar como substrato do gênero o biológico.

O conceito de gênero articulado em contexto pós-guerra pelos movimentos feministas foi de extrema relevância política (HARAWAY, 2004) ao enfatizarem que os significados simbólicos associados às categorias “homem” e “mulher” são construídos socialmente. No entanto, segundo Fausto-Sterling (2001), a despeito de muitas transformações sociais, a ideia de que as mulheres alcançariam igualdade social e econômica com o enfrentamento das desigualdades de gênero na esfera social, se torna obscurecida pela constatação de desigualdades cristalizadas. Portanto, as feministas passam a questionar a própria noção de “sexo”.

Muitos autores (LAQUER, 2001; BUTLER, 2010; FAUSTO-STERLING, 2001; etc.), pós-construtivistas, problematizam, então, a dicotomia sexo/gênero, pois esta relegaria a categoria sexo ao âmbito puramente biológico, deixando espaço para argumentos biologicistas, os quais buscam explicar as diferenças comportamentais, do par homem/mulher, na biologia. Estes argumentos não acionariam as construções sociais para fins de análise, mas sim, por exemplo, as “substâncias internas” como “hormônios”⁴³ e “conexões cerebrais”⁴⁴, as quais determinariam funções cognitivas e alguns comportamentos tidos como próprios de cada “sexo”.

A idéia inicial de que sexo se referia à anatomia e fisiologia dos corpos deixava o caminho aberto para interpretações de que as diferenças entre mulheres e homens no domínio cognitivo e comportamental, bem como as desigualdades sociais, poderiam decorrer de diferenças sexuais localizadas no cérebro, nos genes ou provocadas por hormônios etc. (CITELLI, 2001, p.131)

Mesmo nas ciências sociais e na história, a partir da década de 1970, é possível se deparar com argumentos que sub-repticiamente expressam a ideia de que o gênero seria o substrato do sexo. Joan Scott (1995), autora que assimila o pós-estruturalismo, problematiza algumas análises encontradas entre as historiadoras feministas que deixaram essa ideia implícita em suas pesquisas. Defende, a autora, que as “teóricas feministas do patriarcado”⁴⁵ tomam como um “dado” a diferença física, entre homens e mulheres, e com ele justificam a “subordinação feminina”, o que

⁴³ C.f. Rohden (2008)

⁴⁴ C.f. Fausto-Sterling (2001)

⁴⁵ Scott divide, resumidamente, em três, os tipos de abordagens feitas pelas historiadoras feministas: As que tentam explicar as origens do patriarcado; as que fazem uso da tradição marxista aliada às críticas feministas e a última dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas. Tal divisão pode ser atribuída às ciências sociais também. Para aprofundamento no tema ver Haraway (2004).

evidenciaria um tratamento universalista e biologicista em detrimento da categoria gênero que não seria historicizada. Assim, Scott (1995), defende ser necessário construir teorias e categorias - diferentes das unidades universais produzidas pelas tradições filosóficas ocidentais, as quais constroem hierarquias a partir de modelos binários – que permitam compreender, de maneira não hierarquizada, as pluralidades e diversidades.

Yanagisako e Collier⁴⁶, citados por Henrietta Moore (1997), também denunciam análises, das ciências sociais, que conteriam uma suposição de que as diferenças entre os “sexos biológicos” estariam subjacentes ao gênero. Sherry Ortner (1979), por exemplo, ainda que comesse a esboçar uma análise simbólica das relações entre homens e mulheres, teria tratado a “desvalorização feminina” como sendo universal, considerando a mulher, associada simbolicamente à dimensão natural por conta de seus “papéis” de reprodutora, cuidadora e “amamentadora”, enquanto os homens estariam vinculados à dimensão cultural, especialmente, por não terem “papéis” vinculados ao corpo. Tal análise que se pretende universal, estaria marcada por um etnocentrismo que aciona tanto a universalização de uma “condição feminina” fixa, quanto a universalização, sub-reptícia, de classe social, dada o não reconhecimento do corpo masculino como marcador de identidade. Assim, buscar “origens universais” revelaria uma crença em “verdades essenciais”, o que foi fortemente contestado pela onda feminista pós-estruturalistas, a qual objeta a ideia de “sujeitos universais”, ou mesmo “mulheres universais”.

Com efeito, associar determinados comportamentos, bem como funções cognitivas à genitália com a qual o indivíduo nasce, e universalizar essa associação, é algo passível de descrenças, mesmo por parte de algumas biólogas como é o caso de Fausto-Sterling (2001):

Nossos corpos são complexos demais para dar respostas claras sobre a diferença sexual. Quanto mais procuramos uma base física simples para o “sexo” mais claro fica que o “sexo” não é uma categoria física pura. Aqueles sinais e funções corporais que definimos como masculinos e femininos já vêm misturados em nossas idéias sobre o gênero (FAUSTO-STERLING, 2001, p.19).

Fausto-Sterling (2001) argumenta que as “verdades” sobre a sexualidade humana (e aqui a referência é a verdades produzidas em determinados contextos e sociedades) são elementos das disputas morais, políticas e sociais, as quais são

⁴⁶ C.f. “Toward a unified analysis of gender and kinship” In COLLIER, J.F; YANAGISAKO, S. J. Gender and Kinship: essays toward a unified analysis. California: Stanford University Press, 1987.

corporificadas fisiologicamente pelos indivíduos. Essas “verdades”, então, seriam “esculpidas pelo meio social em que os biólogos praticam seu ofício, [que] por sua vez, dão forma a nosso ambiente cultural.” (p.21).

Muitas teóricas feministas pós-estruturalistas⁴⁷, assim, enfatiza Fausto Sterling (2001), ao invés de conceberem suas análises como “verdades” apartadas do mundo real e de disputas políticas – compreendem que todo estudo⁴⁸ “acrescenta fios a uma teia que põe em relação corpos racializados, sexos, gêneros e preferências” (p.23). Dessa maneira, novos “fios”, ou seja, novos estudos e reflexões, produzidos no interior de campos de poder, mudam nossas relações e “nosso estar no mundo”.

Numa mesma linha argumentativa de crítica à categoria “sexo” como um dado *a priori*, Moore (1997) cita Errington⁴⁹, autora que conservaria a categoria gênero, mas que propõe uma terceira, a saber: “Sexo”. Concebida diferentemente de “sexo”, “Sexo”, com letra maiúscula, designaria a construção social dos corpos, enquanto “gênero” se definiria por aquilo que os indivíduos, ou seja, as diferentes culturas, fazem do “sexo”. No entanto, Moore, alinhada ao pós-construtivismo, critica essa concepção chamando a atenção para a ideia de que “sexo” em qualquer lugar é “Sexo”, pois o “sexo” só pode ser conhecido através do “Sexo”, ou seja, através da construção social dos corpos.

Judith Butler (2010) (precursora da teoria *Queer*)⁵⁰, assim como Thomas Laquer, participa desse cenário de implosão do par natureza/cultura, pós-construtivista e pós-estruturalista. Desse modo, ao borrar as fronteiras entre “sexo” e “gênero” Butler (2010) afirma que “não se pode dizer que os corpos tenham uma existência significável anterior à marca de gênero” (p.27), de modo que tanto “sexo” quanto “gênero” podem ser percebidos como construções discursivas, parte de um mesmo processo sócio-histórico. Defende então que a distinção sexo/gênero é vazia, pois os discursos sobre “sexo” sempre contiveram, em sua gênese, as marcas do “gênero”, as quais são compreendidas pela autora como normas que prescrevem “performances” determinadas.

Assim, segundo Butler (1993), quando nos voltamos à materialidade dos corpos descobrimos que ela está sedimentada pelas construções discursivas que abarcam o

⁴⁷ C.f. Fausto-Sterling (2001).

⁴⁸ “A dedicação ao estudo não é o único agente de mudanças; combina-se com outros agentes, inclusive os mais tradicionais, como votar e formar blocos de preferências de consumo.” (FAUSTO-STERLING, 2001, p.21)

⁴⁹ Errington, S. (1990) ‘Recasting sex, gender and power: a theoretical and regional overview’, in Atkinson, J. e Errington, S., eds., Power and difference: gender in Island Southeast Asia, Stanford, Stanford University Press.

⁵⁰ Teorias, cujo principal interesse, dentre outros, tem sido a crítica à *heteronormatividade*.

“sexo” e a sexualidade, de modo a limitar as condutas, mediante uma matriz cultural⁵¹ que as torna inteligível, o que constrangeria “possibilidades abertas”.

Desse modo, o que não é inteligível, ou seja, o que borra as fronteiras do binarismo do “sexo”, deve ser coibido ou “readequado”. Assim, os intersexuais, na Idade Média, denominados “hermafroditas”, muitas vezes, eram levados à fogueira; no século XVIII se enquadravam na categoria “monstros” (FOUCAULT, 2001), e hoje são frequentemente submetidos a intervenções cirúrgicas sob a égide da adequação à *normalidade*, como afirma Fausto-Sterling:

Do ponto de vista dos praticantes da medicina, o progresso no manejo da intersexualidade envolve a manutenção do normal. Conseqüentemente deve haver só dois escaninhos: macho e fêmea. O conhecimento desenvolvido pelas disciplinas médicas dá aos médicos o poder de sustentarem uma mitologia do normal, alterando o corpo intersexual para ajustá-lo, tanto quanto possível, a um dos dois escaninhos (...) a fim de manter as divisões de gênero, precisamos controlar aqueles corpos que são tão refratários que chegam a apagar as fronteiras (2001, p. 26-27).

Assim, o que está em jogo aqui é o combate à manutenção de práticas “heteronormativas” excludentes, as quais se encontram inerentes à lógica de parentesco, que organizaria os indivíduos no interior da inteligibilidade de condutas morais em torno da família e procriação. Com efeito, como assinalou Foucault, à família é outorgada, pelos discursos médicos, a manutenção da “ordem social” - ainda que submetida a ela - cujo parâmetro se constitui por papéis sociais generificados e assimétricos.

1.3 Patologização e a família nuclear

Como vimos, a psiquiatria surge no interior do sistema saber-poder, cujo papel é fundamental na produção de condutas e indivíduos que são classificados como “normais” e “anormais”. Assim, como advoga Foucault (2005), o poder-disciplinar médico, modalidade de exercício de controle sobre os corpos, evoca primeiramente não somente o controle da mulher, mas também das crianças e “desviantes”, para depois se estender a toda sociedade. É a família, então, conclamada a manter a ordem moral. No

⁵¹ Resumidamente Butler (2010) está se referindo a uma matriz que afirmaria a *heterossexualidade compulsória* a qual abarca o alinhamento entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais. Para tanto formula a concepção de *gêneros inteligíveis* que manteriam a “coerência” e linearidade entre essas quatro categorias. De modo que, caso haja descontinuidade entre elas, o gênero, ou melhor, a pessoa, se torna ininteligível, portanto, diria Foucault, *anormal*.

entanto, com a fiscalização do pai, é a mulher que tem o papel privilegiado de educadora da prole, a qual deve ser responsabilizada caso os filhos acusem “desvios de conduta” (BADINTER, 1985).

Desse modo, a família em transformação, a partir do século XVIII, deve educar e manter a “saúde” de seus filhos. É essa configuração, segundo Foucault, na qual se baseia a família moderna:

a pequena família afetiva, sólida, substancial, que caracteriza nossa sociedade, da qual, em todo caso, vemos o nascimento no fim do século XVIII, constituiu-se a partir do incesto bolinante dos olhares e dos gestos em torno do corpo da criança. Foi esse incesto, esse incesto epistemofílico, esse incesto do contato, do olhar, da vigilância, foi ele que constituiu a base da família moderna. (2001, p.316)

O que se esboça no século XVIII é uma nova relação entre pai/mãe/filhos, em torno do vínculo físico imediato da família celular, onde pai e mãe se tornam inteiramente responsáveis pelos corpos e conduta moral de sua prole, sendo culpados por negligência e falta de vigilância caso algo saia do controle esperado (FOUCAULT, 2001).

A afetividade, o amor conjugal, o amor materno⁵² (BADINTER, 1985), (o que em certo sentido muda o estatuto da mulher) se tornam prescritos para o bom funcionamento familiar, o que até então, absolutamente, não eram requisitos para a constituição da família. Ao contrário, os casamentos, sobretudo das famílias abastadas, se davam por alianças políticas e econômicas, e a criança tinha pouca importância para a família, constituindo, às vezes, uma espécie de transtorno (BADINTER, 1985).

Assim, na família nuclear, os “maus sentimentos” intrafamiliares surgem como irrupção patológica, os quais devem ser “tratados”, pois se tornam ameaças à organização familiar. A psiquiatria se torna então aliada e guardiã da ordem familiar. Segundo Foucault,

a psiquiatria terá de tornar psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental. Doravante as relações pais-filhos, as relações irmão-irmã, as relações marido-mulher vão se tomar, em suas perturbações internas, o domínio de investigação, o ponto de decisão, o lugar de intervenção da psiquiatria. O psiquiatra se torna então agente dos perigos intrafamiliares no que eles podem ter de mais cotidiano.” (2001, p.185).

⁵² Segundo Badinter (1985) “foi Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, que cristalizou as novas idéias e deu um verdadeiro impulso inicial à família moderna, isto é, a família fundada no amor materno” (p.54).

Desse modo, a família se torna locus privilegiado de manutenção de uma determinada ordem moral com a ênfase no papel social feminino, a qual vê-se reproduzida até os dias de hoje. Como aponta Stratern (1995) - tal como Schneider (1968) que faz uma crítica acerca da ideia de parentesco enraizado na biologia - em seu estudo sobre “Mães Virgens” em contexto de técnica de reprodução assistida, existe amplo debate e resistência do campo médico em torno da realização da reprodução desvinculada da paternidade, ou seja, do intercuro sexual, a qual enseja a suspeita de um desejo feminino patológico. Ao a mulher recusar-se à reprodução via intercuro sexual, e, portanto, negar a possibilidade da existência da paternidade, gera-se uma série de questionamentos morais pelo corpo médico: “Que tipo de mulher repeliria homens?; Que tipo de criação então teria esse filho?”.

Alguns profissionais que consideraram anormais tais mulheres por não desejarem os métodos “tradicionais” de reprodução, enfatizam a importância de uma criança ter um pai. No entanto, a autora questiona a ambiguidade dessas discussões postas pelos críticos, as quais apontariam para *normas de gênero* materializadas. Em outros contextos a ausência do pai - seja por “abandono” ou por recusa à paternidade - não é vista como imoral ou ameaça ao sistema social, nem mesmo, tais pais, são concebidos como “monstros desnaturados”, como são as mães consideradas, em caso de “abandono” de seus filhos. A autora aponta para a contradição de a maternidade produzida pelo intercuro sexual, sem paternidade, não ser patologizada - bem como não necessariamente nenhum dos envolvidos o serem - enquanto a mulher que deseja a maternidade, sem intercuro sexual e sem paternidade é passível de ser patologizada.

Assim, a autora assinala a compreensão ocidental da necessidade da *parentalidade* organizada em torno da constituição da família nuclear e da crença no intercuro sexual, tal como Schneider (1968). No entanto, ainda que não seja efetivada, espera-se que seja um ‘ideal regulativo’ feminino, um desejo da mulher. De forma que, caso não o seja, a patologização recairia, neste caso, sobre ela. Desse modo, vislumbra-se a manutenção das desigualdades cristalizadas em torno dos papéis de gênero, inerente à responsabilização da mulher sobre o “fracasso” da criação de seus filhos.

Tal responsabilização pode ser vislumbrada nos grupos anônimos de ajuda mútua Mulheres que Amam Demais Anônimas, já que o tema base é de ordem afetiva e familiar. Assim, é a mulher que é identificada com o trabalho parental, e por outro lado, é a família “desajustada” que produziria indivíduos “disfuncionais”. Desse modo, caberia à mulher produzir famílias funcionais e, portanto, indivíduos “adequados”,

através de sua conduta “saudável”, que atrairia, dessa maneira, parceiros/pais “funcionais”, o que veremos mais adiante.

1.4 A psicologização da família

Com o advento da psicologia e psicanálise no Ocidente - a partir dos anos 1960, somado à contracultura, e ao feminismo - a família, especialmente das camadas médias, conheceu uma disrupção em seus papéis de gênero tradicionais. Illouz (2010) explica que a psicologia norte-americana, ainda que buscasse em princípio, nos anos 1920, contribuir para a manutenção do casamento mediante a conservação dos tradicionais papéis sociais femininos, posteriormente, a partir dos anos sessenta, ela dá uma guinada. Paralelamente aos movimentos feministas, a psicologia passa a defender - ainda que às voltas do casamento - a *individualidade* dos sujeitos em primeiro lugar. Assim, como não mais se sustentavam normas fixas para os papéis sociais e como o casamento, segundo Illouz (2010), passa a não ser mais sustentado pelo sacrifício, pela honra e moral, mas sim pela afetividade, as mulheres começam a ser orientadas a “descobrirem” o que realmente “desejam”, e a buscarem, através de uma *racionalização emocional*, o apaziguamento no interior do casamento.

No Brasil, segundo Jane Russo (2008), a psicanálise e psicologia conhece intensa difusão cultural, sobretudo entre as camadas médias, no decorrer dos anos 1970, se transformando num modo de compreender o mundo e as pessoas, especialmente as relações amorosas e familiares. Assim, sobretudo a concepção psicanalítica, toma a sexualidade como centro da vida psíquica dos sujeitos, a qual deve ser perscrutada objetivando certa “desrepressão” de suas afetividades.

Para refletir sobre este contexto psicanalítico, Russo (1999) menciona a análise de Robert Castel⁵³, que analisa o vínculo do movimento anti-psiquiátrico com a contracultura. Segundo Russo, Castel afirma que o “desmascaramento da psiquiatria” – disciplina essa que passa posteriormente por um processo de “psicanalização” - ocorreu num momento em que certa crítica política mudava de perspectiva, das lutas de classe, a crítica se centrava no tema da vida íntima e do cotidiano, o que Giddens (1993) atribui aos movimentos das mulheres e feministas. Assim, ao invés do proletário explorado, o foco se direciona às mulheres, homossexuais, “doentes mentais”, entre outros. Dessa

⁵³ CASTEL, Robert - *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

maneira, a relação da contracultura com a psicanálise produz a *interiorização* da ideia de “libertação”, e a psicanálise como instrumento, ajudaria na “desrepressão” dos afetos e da sexualidade, bem como na luta pela igualdade e contra a repressão da família tradicional burguesa.

Assim, segundo Duarte e Carvalho (2005) a constituição da família moderna - centrada no valor ideológico do “indivíduo”, que pressupõe os ideais de “liberdade”, “autonomia” e “igualdade” - teria um caráter *sacralizado*, no sentido de ser o lugar de subsídio do *culto do eu*. Assim, a psicologização estaria em harmonia com tais valores, já que pode ser pensada enquanto busca da “interioridade subjetiva”. Desse modo, é possível conceber a emergência da ‘família psicologizada’ que estaria em favor da suposta individualização dos sujeitos.

A psicanálise, herdeira das ambigüidades românticas, inovou ao dotar o culto à família de um componente inquietante, "sinistro", *unheimlich*, que o tornou mais substancialmente não laico, sagrado. Esse culto é inseparável da experiência subjetiva das classes letradas modernas e sua presença avulta na sociedade brasileira, nos segmentos marcados pela "interiorização". A experiência das terapias psicanalíticas está fortemente associada a um "culto do eu" que se desenvolve no "sacrário da família" ou, melhor dizendo, do sentimento da família, já que não se trata tanto da experiência social concreta dessa instituição quanto da sua vivência interior (DUARTE e CARVALHO, 2005).

Para falar da difusão cultural das teorias *psi* nos E.U.A., especialmente da psicanálise e psicologia, Illouz (2010) aponta para uma “feminilização” da conduta masculina, exigida tanto na esfera do trabalho quanto familiar, onde a raiva, emoção acionada para a manutenção da família puritana torna-se elemento indesejável para as relações interpessoais. De modo que “escutar as emoções”, “ter atitudes compreensivas”, características atribuídas ao ‘universo feminino’, passam a ser cobradas aos homens.

Assim, o casamento, que era baseado na virtude moral e sacrifício (especialmente feminino), passa a se basear na afetividade, de forma que o conflito torna-se aceito, no interior do casamento, como condição das relações humanas. Os indivíduos, então, transformam-se em objetos da psicologia, pois, como o casamento vem a ser compreendido como um empreendimento com fins a satisfação mútua, assim o “desenvolvimento pessoal” e “emocional” tornam-se requisitos necessários para a manutenção da conjugalidade. Com efeito, o conflito, não mais sufocado, segundo

Illouz (2010), deve ser “identificado” e “superado” com o auxílio de “métodos terapêuticos”.

Dessa maneira, a manutenção do casamento passa a ser produto do aprendizado de determinado *manejo técnico*, pois o seu fracasso não se trata mais do resultado de um “comportamento moral defeituoso”, mas de interações consideradas equivocadas e inapropriadas - fruto, sobretudo, de supostas experiências de sofrimento na infância - as quais devem ser corrigidas *tecnicamente* (ILLOUZ, 2010). Desse modo, as mulheres teriam sido conclamadas pela psicologia a se tornarem “indivíduos plenos”, guiadas então pelo ideal de autonomia, já que cada indivíduo torna-se responsável pela manutenção do “controle” e “racionalização” de sua conduta.

Assim, segue daí a orientação a comportamentos que estariam de acordo com certa demanda referente ao comportamento da mulher “emancipada”. Segundo Illouz (2010) a mulher muito “retraída” e “tímida”, por exemplo, seria considerada desinteressante e pouco atraente. Dessa maneira, tal mulher deveria buscar a origem do comportamento considerado anormal, em suas memórias de sofrimento vinculadas à família de origem, de forma alcançar a “superação” a partir do “autoconhecimento” e adequação de sua conduta.

Entretanto, as mulheres sub-repticiamente são responsabilizadas pelas tensões internas à conjugalidade, dada a conclamação da psicologia e seus produtos, tais como a literatura de autoajuda e discursos de “superação”, à adequação da mulher a um novo paradigma de conjugalidade, bem como a prescrições pela busca de resoluções de conflitos conjugais, as quais acionam, sub-repticiamente, a habilidade e responsabilidade da mulher em lidar com assuntos parentais e relacionamentos amorosos. Desse modo, vê-se a vinculação e manutenção da mulher ao “trabalho do amor”, sentimento este associado ao ‘universo feminino’ ao longo da história do Ocidente.

Vemos assim, tal associação, no campo do presente trabalho. As mulheres que consideram “amar demais”, frequentam os grupos MADA com o intuito de resolverem os “fracassos” de seus relacionamentos amorosos, bem como a falta de êxito na obtenção de um relacionamento amoroso, num atitude auto-responsável. Entretanto, encontra-se, no programa MADA⁵⁴, a prescrição à crença de que 50% da falta de êxito da relação, sobretudo, se encontra na outra parte do par, com o objetivo de que essas

⁵⁴ Apostilas e livro “Mulheres que Amam Demais”.

mulheres amenizem a auto-responsabilidade. O que assinalando o sentimento de culpa que essas mulheres demonstram carregar quando chegam ao grupo. O que é explicitado durante as reuniões através de afirmações tais como: “Eu aprendi aqui que a culpa também é do outro”; “50% de tudo que está acontecendo é responsabilidade minha e os outros 50 é dele”.

1.5 Emoções controladas: sobre o amor e a felicidade

O amor é estudado como objeto sócio-antropológico por alguns autores, entre eles está Luhmann (1991) que - para evidenciar a particularidade da experiência e expressão dos sentimentos - defendeu que o amor, no Ocidente, ganha força a partir do século XVII mediante os romances europeus, destinados, sobretudo ao público feminino, os quais se tornaram meios de desenvolvimento, reprodução e disseminação do amor, compreendido pelo autor como uma forma de comunicação. Tratou, assim, o amor “não como sentimento, nem mesmo apenas como seu reflexo, mas antes como um código simbólico, que informa sobre o modo que se pode comunicar com êxito [e] encoraja a formação de sentimentos correspondentes” (p.7).

Muitos autores vinculam o amor romântico à emergência do *indivíduo moderno*, como a análise de Lázaro (1996) explicita:

à medida que o vigor do princípio de utilidade impõe à vida econômica uma lógica que contradita a tradicional lógica social, à medida em que a ruptura das tradições lança o indivíduo numa situação de desamparo, a noção do amor adquire mais importância, maior complexidade e maior vigor (LÁZARO, 1996, p. 154).

Viveiros de Castro e Benzaquem de Araujo (1977) para falarem da emergência do *amor moderno* no Ocidente, como código que organiza as experiências, e a sua relação com o surgimento da ideologia do indivíduo moderno, fazem referência à transição das ideologias e, portanto das configurações sociais: da Idade Média, marcada pelo *holismo*, à Modernidade, constituída pelo *individualismo*; e para tal adotam como cerne da análise, a obra “Romeu e Julieta”. As linhas gerais da tragédia, já haviam circulado anteriormente à criação shakesperiana, as quais foram retomadas pelo autor em questão na Renascença.

Assim, Viveiros de Castro e Benzaquem de Araujo tomam a narrativa da peça como um *mito de origem* do *amor moderno*, o qual teria contribuído para uma concepção particular de organização das experiências sociais. A concepção de mito

utilizada pelos autores está ancorada na ideia de uma narrativa que discute a sociedade na qual ele emerge, consistindo na codificação de categorias de pensamento que expressam formas específicas de experimentar o mundo. Desse modo, o mito “serve menos para descrever realidades que para organizar o mundo em esquemas de oposições consistentes” (1977, p. 142).

O centro do argumento se vincula à ideia de que os amantes, Romeu e Julieta, ao serem membros de um modelo social em que o indivíduo é parte de um todo que o engloba e determina – que os insere dentro da lógica do casamento como aliança entre famílias, o qual estabelece relações políticas e econômicas entre homens - transcendem este modelo ao se recusarem a seguir as determinações tradicionais familiares. Romeu, em nome de sua honra, não poderia se unir a uma família inimiga a sua, e Julieta, sobretudo, não poderia deixar de ser instrumento de troca política e econômica.

Porém, os amantes ao se unirem ocultamente em matrimônio, à revelia das famílias, rompem com a ordem social vigente. Desse modo, tal noção de amor é carregada da ideologia individualista, já que se trata da concepção de um sentimento que emerge no “íntimo” do indivíduo e o leva supostamente a opor-se à dimensão social. Para Viveiros de Castro e Benzaquem de Araujo (1977), vemos aqui a passagem, de modo simbólico, de uma *sociologia de alianças* para uma *psicologia do amor*, que expressa a transição de uma modelo *holista* para uma ordem *individualista* de ação no mundo, sendo justamente o encontro desses dois modelos que engendraria o final trágico dos amantes.

O amor aqui referido se trata da necessidade de “entrega absoluta”, ao passo que individualizaria, em relação à dimensão social, esse *amor moderno* fusionaria as individualidades constitutivas do casal, num movimento de complementaridade em busca de completude dos amantes, de modo a pressupor reciprocidade. “Se foi pelo amor que Romeu e Julieta se tornaram indivíduos (ou seja, separaram de seus grupos), é pelo amor que Romeu e Julieta se tornaram um só indivíduo indiviso (...) um indivíduo dual” (p. 154).

No entanto, o *amor moderno* seria um ideal permeado de ambiguidades e paradoxos. Ainda que ele pressuponha a simetria entre homem e mulher, já que ambos devem escolher estar juntos, acima de qualquer imposição social (VIVEIROS DE CASTRO e BENZAQUEM DE ARAUJO, 1977), não é o que conhecemos, como vimos, da história ocidental da conjugalidade. Antes do século XVIII os códigos do amor romântico encerravam distinções bastante acentuadas para mulheres e homens. As

mulheres deveriam se guardar para um único amor, um só homem. Enquanto que para os homens o amor era uma arte que poderia trazer “experiências, sabedoria, aperfeiçoamento, sensibilidade” (TORRES, 2000). Entretanto, o “amor” não era fundamental para a realização do casamento, mas sim a “submissão [que] aparece como a expressão feminina do amor conjugal”. (ARIÈS, 1981, p.9-10).

Viveiros de Castro e Benzaquem de Araujo (1977) trataram a obra “Romeu e Julieta” como um mito de origem do amor e indivíduo modernos, onde o último se atomizaria e se apartaria da dimensão social. Talvez fosse a considerada “força disruptiva” do amor que ameaçaria a ordem social ao longo dos tempos, não por acaso, foi patologizada, advertida e reprimida desde a Antiguidade até a Idade Média (LÁZARO, 1996), onde “amor e sexo”, “alma e corpo” foram devidamente separados (DEL PRIORI, 2006).

A despeito da “camisa-de-força social” na qual o matrimônio era organizado, o ideal do amor romântico, o qual unia “amor e sexo”, foi difundido, no Brasil, sobretudo, através de romances e folhetins, no século XIX, destinados, especialmente às mulheres, os quais contribuíam para a idealização dos relacionamentos amorosos como modo de alcance da completude existencial (DEL PRIORY, 2006).

O ideal do amor romântico, destituído de seu paradigma trágico, segue disseminado através da indústria cultural, a qual produz um enorme material que veicula produtos que relacionam enlace amoroso e felicidade (ILLOUZ, 2010), os quais se difundem mediante a indústria cinematográfica hollywoodiana, por exemplo, consumida em larga escala no Brasil, bem como as telenovelas brasileiras, que privilegiam o público feminino (LIMA, 2010).

Assim, existe uma sugestão cultural - que constituiria práticas e desejos, baseados em tal ideal romântico - de que o “amor” é a solução para as ‘dores modernas’. Tal sugestão é apontada também por autores das ciências humanas e sociais⁵⁵, os quais defendem que a concepção de amor e, portanto, de relacionamento amoroso, estaria embebida pela ideia de um lugar pessoal onde se pode ser ‘autêntico’ e ‘único’, em contraposição a um espaço ‘externo’, ‘impessoal’ e ‘opaco’ (COSTA, 2005).

No entanto, por outro lado, existe uma intensa produção e consumo de livros de autoajuda, revistas prescritivas, ofertas terapêuticas, o que Geraldo G. Condé (2011)

⁵⁵ C.f. Costa (2005).

nomeou de *mídia conselheira*. Tais produtos prescrevem uma espécie de ‘regulação’ das emoções, as quais devem ser ‘racionalizadas’ e ‘controladas’, sobretudo, através dos corpos femininos e da constituição da família, dado o público alvo e as temáticas. Desse modo, Condé (2011) assinala um crescente ‘controle’ e ‘racionalização’ do comportamento e especialmente das emoções, as quais devem ser orientadas pela ‘razão’, ‘ciência’ e ‘tecnologia’, elementos próprios da perspectiva iluminista, a qual estaria em contraposição ao ideal romântico propagado pela indústria cultural como defende Gonzalez em sua dissertação sobre os grupos MADA: “Quando amar é sofrer: um estudo etnográfico do grupo de ajuda mulheres que amam demais anônimas” (2012).

Assim, o sofrimento se torna combatido através de técnicas prescritas por distintos meios, o que assinala um imperativo à ‘felicidade’ controlada. Desse modo, o conhecimento produzido e condensado pelos grupos MADA é expressão de tal controle, já que “amar demais”, ou seja, sofrer por amor, é algo a ser erradicado, e nesse caso, pelas mulheres.

Ainda que o ideal romântico esteja presente na difusão da indústria cultural, ele não traz, em se tratando das comédias românticas hollywoodianas, por exemplo, todos os seus paradigmas. Os encontros com o amor é transposto para situações corriqueiras e cotidianas e o *happy end* se torna lugar comum, o que mobiliza o imaginário feminino, já que são filmes, especialmente direcionados e consumidos por tal público (LIMA, 2010).

O amor, segundo o ideal romântico, representado pela desmesura e loucura, sobretudo nos romances do século XVIII e XIX (ROGEMONT, 1988), é compreendido hoje, segundo Illouz (2010), como um desafio ao desenvolvimento da capacidade de manipulação dos conflitos, fruto de certa psicologização da família. Assim, como Condé (2011) aponta, a ‘felicidade’, tematizada pela *mídia conselheira*, deve ser alcançada mediante ao manejo técnico das emoções que se dá através de um trabalho cotidiano imanente, contido na prescrição pela *pacificação* cotidiana do conflito. Portanto, a ‘felicidade’ prescrita, seria funcional e cotidianizada pelo ‘trabalho’, especialmente, feminino.

Desse modo, é suposto que os grupos anônimos de ajuda mútua, direcionados às mulheres, estariam no bojo dessa intensa busca por controle das emoções ensejada por prescrições ao desenvolvimento das individualidades próprios das teorias e práticas *psis*. Entretanto, concebo que estas prescrições direcionadas às mulheres, como é o caso dos

grupos MADA, é herança das perspectivas médicas, supramencionadas, as quais relacionam a constituição feminina à dada fragilidade emocional e, portanto ao descontrole, já que os grupos de anônimos direcionados a relacionamentos amorosos são eminentemente femininos, não havendo grupos HADA (Homens que Amam Demais Anônimos).

Como vimos, o contexto dos movimentos da contracultura, das mulheres e feministas, produziram um caldo cultural que pressupõem relacionamentos igualitários, mulheres “autônomas” e “emancipadas”. Assim, essa demanda social contribuiria para a patologização de mulheres que não se adequassem a esta, o que é apreendido nos grupos MADA como veremos mais a frente.

Assim, há uma especificidade feminina referente à prescrição do “controle técnico das emoções”, já que é direcionada especialmente às mulheres, dada a imensa produção de livros de autoajuda que prescrevem o “autoconhecimento” e aconselham maneiras de se manter ou construir um relacionamento amoroso, direcionada e consumida em larga escala para e por mulheres. Desse modo, percebemos a reprodução, em novos moldes, ou seja, através da ‘psicologização’, dos modelos de família e da *norma de gênero* (BUTLER, 2010) e, assim da responsabilização das mulheres, pela manutenção e/ou construção de relacionamentos amorosos exitosos e ‘famílias sadias’, mediante o então “desenvolvimento pessoal”.

A seguir apresentaremos o cenário de surgimentos dos grupos anônimos de ajuda mútua, assim como suas características gerais, as quais contemplam todas as redes de anônimos, conseqüentemente os grupos MADA. Entretanto, abordaremos também as especificidades dos grupos MADA, de maneira a podermos compreender o modo como o ‘universo feminino’ e, portanto os ‘papéis sociais femininos’ são concebidos nesses espaços.

CAPÍTULO 2: As origens, dinâmicas e diretrizes dos grupos MADA

O grupo de ajuda mútua MADA, bem como todos os “grupos de anônimos”, são desdobramentos do grupo de ajuda mútua “Alcoólicos Anônimos” (A.A.), que consiste em uma iniciativa civil norte-americana, iniciada em 1935, a qual desenvolveu um “programa” baseado em diretrizes e estratégias “terapêuticas” designadas por “Doze Passos” e “Doze Tradições”. Este corpo de textos se encontra no livro de autoajuda Alcoólicos Anônimos, publicado em 1939, e escrito por um dos fundadores do primeiro grupo de anônimos, William Griffith Wilson (Bill), com o intuito de dar apoio a pessoas que desejassem parar de beber.

A partir da constatação dos fundadores dos “Alcoólicos Anônimos” da diversidade de problemas que seus integrantes buscavam solucionar nos AA’s, os quais, não necessariamente, estavam vinculados à dependência alcoólica, passaram a emprestar seu “programa”, com a autorização do “escritório de serviços mundial de AA” (MOTA, 2004), para ser adaptado de acordo com as “dependências” ou “problemas emocionais” que os grupos se propõem trabalhar.

Após a Segunda Guerra Mundial, os grupos de anônimos se multiplicaram pelo mundo com distintas, autodenominadas, “Irmandades”⁵⁶, as quais chamarei de ‘redes’. Estima-se a participação de três milhões de pessoas em grupos anônimos adaptados aos “Doze Passos” e “Doze Tradições” (MOTA, 2002), com intuito de solucionarem distintas “dependências” e “descontroles”. Entretanto, algumas destas ‘redes’ ainda são desdobramentos do alcoolismo, tais como o Al-Anon (Associação de Parentes e Amigos de Alcoólicos Anônimos), Alateen (“para jovens que têm problema de alcoolismo em suas famílias”), CODA (Co-Dependentes Anônimos), direcionados a parentes e amigos dos considerados alcoólicos.

Os grupos de anônimos, assim como o MADA, possuem uma série de procedimentos organizacionais e valores padrão tais como a ritualização das reuniões; princípios de “autonomia” dos grupos; “anonimato” dos membros; entre outros, os quais são atualizados mediante fluxos “intergrupais” dados em encontros regionais,

⁵⁶ Alguns exemplos de “Irmandades”: Introvertidos Anônimos (IA), Comedores Anônimos (CA), Devedores Anônimos (DA), Jogadores Anônimos (JA), Jog-Anon (“para maridos, esposas, parentes e amigos íntimos que foram afetados pelo problema do jogo”), Narcóticos Anônimos (NA), Nar-Anon (“para pais, parentes e amigos de dependentes químicos”) Narateen (“for young people whose lives have been affected by someone else's drug use”), Fóbicos Anônimos (FA), Emocionais Anônimos (EA), Neuróticos Anônimos (NA), Fumantes Anônimos (FA), Sobreviventes de Incesto Anônimos (SAI), Trabalhadores Compulsivos Anônimos (TCA).

nacionais e internacionais, os quais produzem diálogos, não somente com os grupos de uma mesma rede, mas com distintas redes de anônimos. Tais padrões organizacionais e preceitos são pautados no “programa” (“Doze Passos” e “Doze Tradições”) do AA, e reforçados pelo diálogo, em tais encontros “intergrupais”, os quais visam o apoio, manutenção, reprodução dos grupos e reforço dos padrões organizacionais e dos objetivos “terapêuticos”.

No MADA esses “encontros intergrupais” nacionais, são, em geral, realizados na cidade de São Paulo, anualmente, com a participação apenas das integrantes dos grupos. Além dos encontros nacionais existem os encontros regionais, mensais, que contam com a presença de coordenadoras, tesoureiras e secretárias (cargos rotativos entre as integrantes) de cada grupo. Na cidade do Rio de Janeiro tais reuniões, em geral, são realizadas num único grupo, a saber: Grupos Andaraí - Só Por Hoje.

O primeiro grupo de “Alcoólicos Anônimos” no Brasil foi fundado em 1947, a partir de então surgiram cerca de vinte e uma ‘redes’, e somente a partir da década de 1990 surgiram grupos relativos à “dependência” ao sexo e/ou amor (FERREIRA, 2012), como, por exemplo, o DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos) e MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas). A adesão aos grupos funciona por meio do autoreconhecimento, de modo que seus membros devam se identificar com a “dependência”, “vício”, “compulsão” ou “descontrole emocional” nomeada por cada rede.

Portanto, tal como nos grupos de anônimos em geral, no MADA as mulheres devem se auto-intitular verbalmente “madas”, demonstrando sua adesão. Portanto, sempre na abertura de suas “partilhas” elas dizem seus nomes e que são “uma mada em recuperação”.

2.1 Breve história acerca da origem do “programa de anônimos”

No site oficial do grupo Alcoólicos Anônimos, bem como num link atrelado ao site⁵⁷, encontra-se a história das influências que permearam a produção dos “Doze Passos” e “Doze Tradições”⁵⁸, contada por um de seus fundadores William Griffith

⁵⁷ <http://www.espacocomenius.com.br/espirtorigemdoze.htm>

⁵⁸ Fontes: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>;

<http://www.espacocomenius.com.br/espirtorigemdoze.htm>

Wilson. Bill, conta que o “programa”, foi resultado de três tipos de experiências as quais protagonizou: espiritualista, médica e psicológica.

A experiência espiritualista se trata de sua integração no “Grupo de Oxford da América”, o qual nasceu em finais dos anos 1920, em Ohio, e se multiplicou passando a ser considerado um “movimento evangelizador”. Apesar de ser liderado por um ex-pastor luterano, Frank Buchmanque, o grupo não se associava a nenhuma religião; seu objetivo era “praticar” e “compartilhar” princípios, considerados pelo grupo, “espirituais universais”. Segundo Bill, os membros “compartilhavam” suas inquietações e buscavam através de certa “meditação” reflexiva, em grupo e individualmente, a “orientação de Deus” para soluções cotidianas.

Somado a essa experiência, Bill, que era confessadamente alcohólico, conta que sua internação por conta da “dependência”, o colocou em contato com o médico, especialista em alcohólicos, William D. Silkworth, do Towns Hospital, de Nova Iorque, que o alertou, a partir de sua concepção médica, sobre os efeitos deletérios do alcoolismo, enfatizando que se tratava de uma “doença”, uma “obsessão da mente ligada ao corpo”, o que deveria ser compreendido pelos alcohólicos. A terceira experiência, a qual contribui para a iniciativa de implementação do AA e elaboração do “programa” foi a leitura do livro “As variedades da Experiência Religiosa”, do mesmo escritor - um dos fundadores da psicologia moderna, Willian James - de “Princípios de psicologia”. Bill ressalta que neste livro ele encontrou a seguinte mensagem que o ajudou a elaborar o “programa”:

experiências espirituais podem conduzir pessoas à sanidade, mas também podem transformar homens e mulheres, de modo que possam fazer, sentir e acreditar em coisas que antes eram impossíveis para elas. (...) estas pessoas transformadas eram gente sem qualquer esperança. Em alguma área de suas vidas, elas tinham encontrado a derrota total. (fonte: <http://www.espacocomenius.com.br/espíritorigemdoze.htm>)

O médico Robert Holbrook Smith (conhecido como Bob), amigo de Bill W. e co-fundador do AA, buscava trocar com seu amigo relatos sobre suas dores e “descontrole” frente ao alcoolismo, o que lhes pareceu uma maneira de “evitar o primeiro gole”, pois se sentiam mais “fortes” com este vínculo afetivo pautado na troca de experiências de sofrimento encadeadas por uma determinada “doença”. Desse modo, buscaram compartilhar essa prática com pessoas que sofriam o mesmo problema, onde através da interação e apoio coletivo encontrariam estratégias para superá-lo.

Assim, segundo o relato de Bill, o pilar dos grupos de anônimos se estrutura a partir de valores médicos, psicológicos e espiritualistas. Entretanto, os valores

espiritualistas permeiam explicitamente os “Doze Passos” e “Doze Tradições”, os quais devem ser acionados, tais valores espiritualistas, de modo a produzirem uma “consciência coletiva”, que transcenderia seus membros, sendo considerada curativa. Segundo Marcelo Tadvald (2006), pesquisador dos grupos Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, a *plataforma terapêutica* dos “Alcoólicos Anônimos” pode ser concebida como uma *religiosidade secular*.

Religiosidades seculares correspondem à presença, numa atividade secular, de características perceptíveis nas religiões existentes e reconhecidas como tal e isso poderia caracterizar uma justa probabilidade de outras formas religiosas acontecerem. (...) As religiosidades seculares possuem uma dimensão mais ou menos religiosa de acordo com a intensidade da presença de traços religiosos, que podem ser emprestados ou imitados das religiões existentes ou então construídos sob novas formas (PIETTE, 1993, p. 4-5 *apud* TAVALD, 2006, p. 110).

Nos grupos MADA que frequentei, a categoria “consciência coletiva” é recorrentemente acionada, sendo expressão de uma instância transcendente ao grupo, mas sendo através dele que se expressa. Desse modo, quando há alguma decisão a ser tomada pelo grupo, como, por exemplo, a logística de apoio a um novo grupo que está sendo fundado, ou a decisão de se definir uma data para determinado encontro, as integrantes se referem à necessidade de consulta à “consciência coletiva”, que se resumiria a uma reunião local, regional ou nacional com fins deliberativos. Por outro lado, é essa “consciência coletiva”, transcendente ao grupo, que seria responsável pela “recuperação” das mulheres. Portanto, a menção a ideia de que o “programa” é, sobretudo, “espiritual” é recorrente.

Assim, a presença de marcadores religiosos é tão presente que a entrada de um membro se assemelha a um processo de ‘conversão’, que se dá mediante a auto-designação relativa ao nome do grupo, bem como através do comprometimento com o “programa de MADA” considerado um “programa espiritual”, como veremos mais a frente.

2.2 A entrada no campo e as tensões metodológicas

Na primeira vez que estive num dos grupos da zona norte do Rio de Janeiro, fui muito bem recebida. É parte do código de recepção da “primeira visita” a amabilidade, simpatia e atenção para com as “novatas”. No intervalo, dessa primeira ida, duas mulheres jovens me contaram que a “sala” tinha sido frequentada por outra pesquisadora da área das Ciências Sociais, e que ela havia escrito uma dissertação sobre

o “MADA”. Fizeram menção a sua simpatia e me informaram que ela tinha entrevistado algumas mulheres. Fiquei muito interessada na informação e consegui o nome e contato da pesquisadora posteriormente. Essa notícia foi fornecida com simpatia e como uma espécie de chancela de aceitação. No entanto, não senti a mesma receptividade das outras vezes que fui, pois nos intervalos não consegui abertura para o diálogo, as mulheres sempre conversavam entre si assuntos íntimos e pessoais. Eram bastante entrosadas, pareciam íntimas, tinham muito a falar entre si, portanto não me sentia a vontade de participar das conversas. Elas, basicamente ignoravam minha presença, exceto quando não podiam desviar o caminho ou o olhar, eram então olhares quase sempre simpáticos.

Assim, se por um lado, naquele momento, imaginei que aquela distância colocada por elas, tinha a ver com minha ainda ‘dupla identidade’, por outro lado, aquele meu estranhamento revelava algo sobre o campo, o já mencionado: a regra de oferecer, num primeiro momento, amplo acolhimento, o que buscava expressar o “Décimo Segundo Passo” (entre outras coisas: “experimentamos um despertar espiritual e procuramos transmitir essa mensagem a outras mulheres”), configurado pela noção de *retribuição* acionada por Godbout (1997) para se referir ao *sistema de dádiva*, o qual explicitarei mais a frente.

Entretanto, a partir de minha frequência somente nas “reuniões abertas”, nos seis grupos mencionados, me lancei em uma nova estratégia metodológica. Estava tendo muito dificuldade em conseguir entrevistas. Quando me acercava das mulheres para explicar minha pesquisa e pedir que elas me concedessem uma entrevista, elas, geralmente, fugiam do assunto, ou diziam “vamos ver...”, ou simplesmente “vou pensar...”. Conclui que para essas mulheres falarem de suas vidas pessoais fora do grupo para alguém que não é parte dele, era algo a ser evitado. Ainda que eu ressaltasse a preservação do “anonimato”, imagino que elas não quisessem, de modo algum, correr o risco de serem identificadas fora daquele espaço como uma “mulher que ama demais”, pois, as histórias, possivelmente publicadas, poderiam as identificar de algum modo, o que é inaceitável para elas.

O código do “anonimato”, como já referido, é explicitado ao fim de todas as reuniões, com os seguintes dizeres “Quem você vê aqui, o que você ouve aqui, ao sair daqui, deixe que fique aqui”. E sempre uma das frequentadoras é convidada a falar sobre a “Décima Segunda Tradição” (o “anonimato”). Portanto, uma das vezes que presenciei essa fala, a frequentadora dizia que deveriam resguardar suas identidades

sociais, pois a “doença de amar demais” é mal compreendida pela sociedade, já que se trata de um estigma, e elas, apesar de se considerarem “loucas”, não gostariam de ser apontadas na rua como tal.

Numa fala da mesma ordem, numa outra reunião, na ocasião de estarem presentes mais três pesquisadoras, além de mim, a frequentadora enfatizou que gostaria de salientar, especialmente para as pesquisadoras, que nós não deveríamos reproduzir as histórias pessoais que ali eram contadas, pois era para elas um espaço de troca de experiências íntimas e, portanto, gostariam de ter suas intimidades preservadas.

Como havia lido dissertações e teses sobre grupos anônimos de ajuda mútua e, especialmente sobre o MADA, as quais possuem entre 10 e 17 entrevistas⁵⁹, me lancei numa reflexão sobre o porquê de eu ter tido tanta dificuldade em consegui-las. Assim, me deparei com estratégias metodológicas diferentes das que tinha optado. Tais pesquisas foram realizadas com a frequência das pesquisadoras em todas as reuniões, sobretudo, nas “reuniões fechadas”. Desse modo, ambas as pesquisadoras assumiram cargos de secretariado nos grupos, fizeram amizades com as integrantes, de forma a transbordar a relação ao espaço das “salas”. Ainda que tenham assumido a identidade de pesquisadoras, passaram a ser consideradas “companheiras”, de forma a serem concebidas “mulheres que amam demais” em potencial, o que caracteriza a dinâmica dos grupos que chamarei de ‘processo pedagógico’ (o qual discutirei mais abaixo). Dessa forma, pesquisadora e integrantes obtiveram tal aproximação, o que diluiu, em alguns momentos, a identidade de pesquisadora.

Entretanto, como optei por frequentar somente as “reuniões abertas”, de modo a assumir minha alteridade, tive um preço alto a pagar referente a não obtenção das entrevistas, pois estas mulheres não se sentiam a vontade de falarem sobre suas vidas com alguém que não estava imersa no grupo. Assim, comecei a perceber pouca entrada nas conversas que aconteciam nos intervalos das reuniões. Elas conversavam sobre suas vidas pessoais, trocavam conselhos, e, portanto, não se sentiam a vontade em compartilhar esse momento de intimidade entre elas com alguém de ‘fora’. Portanto, numa estratégia metodológica, diante da dificuldade de conseguir entrevistas e de não poder reproduzir o que elas falavam no interior do grupo, voltei a compartilhar minhas experiências, ainda nas “reuniões abertas”, com o intuito de conseguir maior empatia e de me sentir menos desconfortável no papel de ‘estrangeira-observadora’.

⁵⁹ Me refiro aqui à dissertação e tese, respectivamente, de Astrid J. P. Gonzalez (2012) e de Carolina B. C. Ferreira (2012).

Entretanto, quando “partilhava”, me apresentava como pesquisadora, e dizia que, apesar de não me considerar uma “mulher que ama demais” gostaria de compartilhar minhas experiências, já que não me parecia justo apenas ouvir, pois a dinâmica da reunião era justamente a troca de experiências. Desse modo, passei a perceber uma mudança significativa no tratamento das mulheres para comigo nos dias em que produzia algum depoimento emocionado. Nesses dias, muitas frequentadoras, nos intervalos ou ao final das reuniões, se aproximavam e vinham me dar conselhos e se solidarizavam com o meu depoimento.

Foi então que percebi que essa seria uma boa maneira de poder falar sobre elas, pois o que falavam para mim e sobre mim, me daria recursos para compreender e descrever as dinâmicas dos significados que lá circulam. Assim, me restringi a essa falas, bem como às falas proferidas nas reuniões e em seus intervalos, que não se refiram às experiências pessoais, mas às concepções acerca de uma “mulher que ama demais”, e às suas ‘práticas pedagógicas’.

2.3 As reuniões

A minha experiência nos grupos MADA e as pesquisas sobre outras redes de grupos anônimos de ajuda mútua que obtive contato⁶⁰ demonstram uma padronização ritualizada das reuniões de anônimos. Com efeito, os sujeitos possuem cerca de três a cinco minutos para falarem a respeito de suas tensões, dores e conflitos - em geral, relacionados à “dependência” ou “descontrole” designados pela rede de anônimos na qual se encontram - ou, muitas vezes, sobre os processos de “recuperação” no qual estariam inseridos. A “partilha”, como supramencionado, é sempre iniciada com um cumprimento padronizado que contém os seguintes dizeres: “Bom (dia/tarde/noite), sou um (a) (AA/DASA/MADA, etc.) em recuperação”, e a encerram com os dizeres “só por hoje” ou “24 horas de serenidade”.

As “partilhas” são sempre produzidas na primeira pessoa, sendo prescrito, o que nem sempre é cumprido, a inexistência de qualquer tipo de comentário, sugestão, conselho, crítica, às “partilhas” alheias. Assim, devem sempre falar somente sobre si, em primeira pessoa, e silenciar enquanto ocorrem as demais “partilhas”.

⁶⁰ Godbout (2007); Mota (2002); Tadvald, (2006); Loeck, 2009; Ferreira (2012); Pardo (2012).

As reuniões são padronizadas, e possuem cerca de duas horas com ocasiões específicas para cada atividade: oração; leitura dos textos que compõem a “literatura” (sejam as “Tradições”, os “Passos”, os textos específicos de cada rede, os quais são escolhidos no dia); “partilha”; comunicação de decisões e/ou solicitações determinadas pelas “reuniões intergrupais”; intervalo (onde conversam livremente cerca de quinze minutos entre um cafezinho e outro); contribuição financeira (por ser depositada numa “sacolinha”, não tomam conhecimento do valor de cada contribuição, mas ao final da reunião é informado, pela tesoureira, o valor total recebido). Também há um momento específico para as pessoas que vão pela “primeira vez” se apresentarem e dizerem o motivo pelo qual procuraram o grupo.

Todos os cargos necessários à manutenção das reuniões não são remunerados e são ocupados e revezados por seus membros, que devem ter pelo menos três meses de participação nas reuniões, são eles: coordenação (cronometra as “partilhas” e o tempo e ordem de cada atividade das reuniões), tesouraria (fica responsável pelas “contribuições” e sua aplicação) e secretariado (ajudam na arrumação das salas das reuniões, compram café, biscoitos, xerocam apostilas, entre outros).

As reuniões, em sua maioria, funcionam em salas pertencentes a Igrejas que as cedem ou as alugam a valores módicos. Os encontros, de cada grupo, são semanais, os quais se distribuem, em geral, pelos diferentes dias da semana, e em horários distintos, de modo que seus membros possam frequentar, numa mesma semana, todos os grupos que desejarem de uma mesma ‘rede’. É recomendado que conheçam mais de um grupo, de uma mesma rede, com intuito de buscarem frequentar o grupo que mais identificação possuírem, para que evitem desistências, bem como para intensificarem a busca pela “recuperação”⁶¹.

2.4 As “Doze Tradições”⁶² e a “Consciência de grupo”

Tanto as “Doze Tradições” quanto os “Doze Passos”, são lidos e referidos recorrentemente nas reuniões do MADA que estive, bem como são acionados durante as falas das integrantes, os quais estão permeados por referências ora a um “Poder Superior” ora a “Deus”. As “Tradições” consistem em prescrições que pautam as

⁶¹ A “dependência” ou “descontrole” designado por cada rede, possui um caráter crônico, portanto, a ‘cura’ não seria possível, somente o “controle” ou “recuperação”.

⁶² As “Doze Tradições de MADA” encontram-se na íntegra no Anexo II. Todas as informações aqui foram retiradas dos sites oficiais do AA e MADA, onde contém todo o corpo teórico dos grupos.

práticas e os valores que devem constituir os grupos, e os “Passos”, se definem por práticas normativas que seus membros devem aderir para alcançarem a dita “recuperação”.

A “Primeira” e a “Segunda Tradição” contém a ideia de que o grupo e os indivíduos estão entrelaçados, de forma que o “progresso pessoal” dependa da “unidade” dos membros. Entretanto, os indivíduos estariam subordinados ao que chamam de “consciência de grupo”, “consciência” essa na qual se expressa a “única autoridade” das reuniões, qual seja: um “Deus afetuoso”. Desse modo, os ‘mantenedores’ dos grupos não devem “governar”, devendo ser apenas “servidores confiáveis”.

Tal subordinação dos indivíduos ao grupo, ou à dita “consciência de grupo”, ou ainda à “consciência coletiva”, onde se anuncia um “Deus afetuoso”, se anuncia na “Décima Segunda Tradição”, a qual apresenta a importância do “anonimato”: “anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades”⁶³. Assim, ainda que o “anonimato” seja prescrito para a proteção das identidades sociais dos integrantes (as quais expõem suas tensões, conflitos e ‘segredos’), ele também funciona como elemento de homogeneização das identidades sob a rubrica da “dependência”. De modo que, no caso dos grupos MADA que frequentei, é comum ouvir: “Todas somos MADAS”; “Isso que fazemos são madisses”; “Nós MADAS tendemos a...”, etc.

Referente ao critério de adesão ao grupo e propósito que os membros devem ter, a “Terceira Tradição” explicita a necessidade da ‘autoidentificação’ que os sujeitos devem possuir com a denominação do grupo para se tornarem integrantes, ressaltando que o “único requisito para ser membro é o desejo de se recuperar” da “dependência” de que cada grupo propõe tratar. Também enfatizam que o grupo é “animado” com o “único propósito” de transmitir sua “mensagem” às pessoas que ainda sofrem com a “dependência”, no caso do MADA, com a “dependência de pessoas”. Assim, ainda que proponham a não hierarquização entre os membros, dado o reconhecimento de haver somente uma “única autoridade” nos grupos, ou seja, o “poder superior”, os membros mais antigos, como visto nos grupos MADA, considerados “recuperados”, devem dar seus depoimentos de “superação”, de modo a servirem de exemplo para os demais integrantes. Portanto, algumas integrantes são convidadas, por exemplo, a visitarem

⁶³ Fonte: http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=24 Acesso em 19/11/14.

grupos recém-abertos para poderem, em suas “partilhas”, servirem de modelo de “recuperação”, ou seja, demonstrarem o ideal de “uma mulher que se recuperou de amar demais”⁶⁴.

Na “Quarta Tradição” e da “Sexta” à “Décima Primeira Tradição”, existem prescrições acerca do funcionamento dos grupos, bem como sobre o comportamento que devem aderir perante o público externo. Prescrevem a não “profissionalização” dos grupos; a autonomia financeira destes, os quais não devem aceitar contribuição externa; a não filiação a nenhuma instituição; tampouco devem apoiar, financiar, ou emprestar o nome a empreendimentos ou sociedades alheias. Também não devem se autopromover mediante divulgações em meios de comunicação, com o intuito de preservarem o “anonimato pessoal” de seus membros. No entanto, ressaltam o valor da cooperação, se necessária, “intergrupar” e a outras ‘redes’ de “anônimos”.

Ainda que se admita que alguns serviços sejam pagos, os serviços básicos necessários ao funcionamento das reuniões são voluntariados entre seus integrantes que devem se revezar periodicamente, justamente para não haver a hierarquização entre os membros, de modo que não se afastem da ideia de que os “princípios devem estar acima das personalidades”.

2.5 Os “Doze Passos”⁶⁵

Os “Doze Passos” são prescrições que regulam práticas, valores e a subjetividade dos membros dos grupos anônimos. Escritos no tempo verbal passado, parecem querer dar demonstrações dos ‘passos’ que as integrantes “recuperadas” teriam dado, e do êxito que teriam obtido com estes, bem como acionam a primeira pessoa do plural, o que ilustraria a noção de “coletividade” contida nas “Doze Tradições”.

No “Primeiro Passo”, é dito que “admitiram” a “impotência” e o “descontrole” frente à ‘patologia’ (acionada por cada grupo), no caso do MADA: “Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas”⁶⁶. Em todos os demais “Passos” há referência ao posicionamento

⁶⁴ Existem “Dez Características de uma Mulher que se Recuperou de Amar Demais”, as quais são lidas em todas as reuniões. Cada “característica” é lida por uma integrante presente. Abaixo descreverei cada uma delas.

⁶⁵ Fontes: http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3; <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/os-doze-passos>). Os “Doze Passos de MADA” se encontram na íntegra no Anexo III.

⁶⁶ (Fonte: http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3)

“humilde” que tomaram perante “Deus”. O “Segundo” e “Terceiro Passos”, falam, respectivamente, a respeito dos sujeitos “passarem” a acreditar na “devolução” de suas “sanidades” pelo Poder Superior”, e sobre a “entrega” de suas vidas a “Deus”, do modo como cada um “O concebia”⁶⁷.

No “Quarto Passo”, está o “destemido inventário moral” que “fizeram” de si, o que os “levaram” a “admitir perante a Deus” e a “outros seres humanos” a “natureza exata” de suas “falhas” (“Quinto Passo”). Também “fizeram” uma “relação de todas as pessoas” que “prejudicaram” e se “dispuseram” a reparar os “danos causados” (“Oitavo Passo”). “Prontificaram-se” a deixar “Deus remover” suas “falhas de caráter”, bem como “rogaram humildemente” que “Ele” os “livrasse” de suas “imperfeições”, assim como “revelasse” a “Sua vontade” em relação a cada um deles, e desse a “força” necessária para “realizá-la” (“Sexto”, “Sétimo” e “Décimo Primeiro Passos”). Por fim, graças aos “Passos” anteriores, é dito que “experimentaram um despertar espiritual” e “procuraram” transmitir “esta mensagem” a todos que, como eles, “precisaram” destes preceitos (“Décimo Segundo Passo”).

2.6 O Espírito da dádiva

O método terapêutico, nos grupos anônimos de ajuda mútua, está baseado no princípio de reciprocidade designado por “terapia do espelho”, pautada na troca ritualizada de experiências, a qual se configura no ato de escuta e fala. O ouvinte se identifica com o falante, pois compartilhariam o sofrimento de um mesmo caráter, de forma a ensinar um sentimento de conforto e acolhimento, por identificarem que não são os únicos a padecerem daquele suposto mal, (MOTA, 2003; LOECK, 2009; TADVALD 2006), bem como inseririam-se num processo de ‘aprendizagem’ com a experiência alheia. Entretanto, parto do princípio de que através de um jogo discursivo que consiste na fala sobre si e na captura dos discursos dos outros sobre si, o qual é mediado por preceitos organizacionais, configura-se um ‘processo de pedagogização’ das práticas dos sujeitos que constroem releituras de suas experiências e ressignificações de suas práticas.

⁶⁷ No “Segundo Passo” fazem referência ao “Poder Superior”, e no “Terceiro” a Deus, sem os distinguirem.

O sociólogo canadense Jaques T. Godbout (1997) em o “Espírito da Dádiva” retoma a *Teoria da Dádiva*, produzida por Marcel Mauss (1979), discutindo, no contexto da modernidade, sistemas de reciprocidade que estariam no interstício entre *agência* e *estrutura*. Assim, ele reserva um capítulo para refletir sobre os grupos dos alcoólicos anônimos⁶⁸ a partir da noção de *dádiva*. Segundo Godbout, a dinâmica dos grupos estaria constituída pela tríade *dar*, *receber* e *retribuir*. Essa tríade se configura no processo de “recuperação” proposto pelos grupos, o qual consiste na fala, escuta, e apoio retribuído. Assim, a *ajuda* seria concebida como terapêutica, de modo que o vínculo entre seus membros seria capaz de produzir a solução para o ‘sofrimento psíquico’, o que ressalta o *valor da troca relacional*. Godbout define *valor de troca* nos seguinte termos:

o que vale um objeto, um serviço, um gesto qualquer no universo dos laços, no reforço dos laços. Esta realidade opõe-se ao valor quantificável, e é totalmente ocultada pelo discurso econômico para o qual o laço é a própria troca, e nada mais. O valor de troca, como o do dom, tende a ser unicamente relacional. Mas ele exprime a relação entre as coisas trocadas, tal como ela é representada pelo dinheiro (...) Este valor [o do vínculo] não é, contudo, estabelecido por comparação com as outras coisas, mas em primeiro lugar em relação para com as pessoas. O mesmo objeto terá um valor de laço muito diferente, segundo o circuito em que ele se situa. (GODBOUT, 1997, p.245)

Este *Espírito da Dádiva*, bem como o acolhimento encontrado entre as integrantes, pode ser representado de forma condensada através da “Oração da Unidade”, a qual é acionada aos finais de todas as reuniões dos grupos MADA que frequentei:

Eu seguro a minha mão na sua, e uno o meu coração ao seu, para que juntas possamos fazer, tudo aquilo que não posso fazer sozinha. (Fonte: http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=40, Acesso em 20/02/2015)

Para Godbout (1997) o reconhecimento da existência de uma patologia e da impotência frente a esta, assim como a constatação de que sua solução estaria num poder transcendente, o qual se expressaria na “consciência de grupo”, reflete um rompimento com o *narcisismo do indivíduo moderno*, ou seja, com a crença em uma capacidade pessoal ilimitada e um temor de ser *absorvido pelo outro*. Dessa maneira, o que Godbout busca ressaltar é a possibilidade de existência da *dádiva* na modernidade.

Com efeito, Godbout (1997) defende que o *sistema da dádiva* nos grupos anônimos de ajuda mútua contém elementos modernos e tradicionais

⁶⁸ Ainda que Godbout (1997) analise os grupos AA's é possível tomar sua análise para pensar acerca dos demais grupos anônimos de ajuda mútua, já que são constituídos pela apropriação dos “Doze Passos” e “Doze Tradições” dos Alcoólicos Anônimos.

concomitantemente. Os primeiros se circunscreveriam à liberdade e *agência* que seus membros teriam no ato da escolha de reconhecerem e aceitarem que precisam de *ajuda*, já que a adesão ao grupo é permitida mediante a explicitação da autoidentificação, o que lhes conferiria uma livre circulação no interior do grupo e entre os grupos.

Já a característica tradicional da dinâmica dos grupos se pauta na ideia da não intermediação no sistema de transmissão da *dádiva*, pois não há especialistas versus 'pacientes'. Assim, os grupos se organizariam a partir da *democracia direta* e preceitos *comunitários*, o que possibilitaria o contínuo fluxo da *dádiva*.

Frente à análise de Godbout, a antropóloga Carolina Branco de C. Ferreira (2008), pesquisadora dos grupos anônimos de ajuda mútua que lidam com as ditas dependências de ordem sexo-afetivas, enfatiza que não só estes grupos estariam produzindo sistemas de reciprocidade marcados pela *dádiva*, mas também, por uma *ética de consumo emocional e sexual*, já que o suposto descontrole estaria vinculado a ideia de “consumo excessivo” de sexo e/ou amor, o que seria regulado por tais grupos.

Tal regulação, será aqui concebida, como um 'processo de pedagogização' que se configura na releitura das práticas dos sujeitos, pelos próprios sujeitos, produzida pela interface entre a dinâmica de reciprocidade (a *dádiva*) e os preceitos que alicerçam os grupos MADA. Ainda que a *dádiva* seja resultado dos preceitos dos grupos, os dois elementos podem ser compreendidos separadamente para fins analíticos. Compreendo *dádiva*, nesse contexto, como Godbout (1997), pela prática que se estabelece entre os indivíduos no interior dos grupos, onde a troca de relatos sobre as experiências é parte da dinâmica de reciprocidade. E 'preceitos dos grupos' como um corpo de normas e prescrições que, em combinação com o sistema de *dádiva*, ensejariam transformações nas subjetividades e práticas dos sujeitos, o que chamei de 'pedagogização'.

Esta 'pedagogização' estaria no bojo do que Foucault (2005) chamou de *técnica de confissão*, onde há o engajamento do enunciador com a verdade que confessa, ou seja, na *confissão* o sujeito se propõe a ser o que confessa. Entretanto, a *confissão* pressupõe um segredo, o qual é constituído pelo caráter interdiscursivo da confiança, o que se desdobra numa espécie de reduplicação secreta da interioridade, a qual liga os sujeitos a uma mesma regra discursiva, que pressupõe a confiança mútua.

César Candiotto (2010), em “Foucault e a Crítica da Verdade”, define bem a ideia de *confissão*, a qual está permeada pela concepção de liberdade e reconhecimento:

Trata-se de uma tática bem conhecida do poder que, primeiro, coage aqueles que, em seguida, submete em estado livre. Não pode haver reconhecimento se não em estado livre. Sua aplicação remonta à época da Inquisição: para que as declarações extraídas sob tortura fossem consideradas confissões, era preciso repeti-las após o suplício. A confissão adquire efeitos morais, jurídicos e terapêuticos se for feita em estado de liberdade daquele que confessa. (p.79)

Desse modo, o que Godbout (1997) concebe por liberdade - que se relaciona ao caráter moderno do grupo de anônimos que analisa - se configurando, entre outras coisas, no ato do autoreconhecimento e identificação com a suposta dependência, está permeada dos processos ensejados pela *confissão*. Considero que a autoidentificação com a “dependência”, se dá paulatinamente, através da frequência contínua ao grupo e leitura do material bibliográfico prescrito, como pude perceber nos grupos MADA, através da referência recorrente, de algumas frequentadoras, à ausência de identificação com as “características de uma mulher que amam demais” quando ingressaram no grupo. O que trataremos mais a frente.

2.7 Holismo e Individualismo na experiência do MADA

Louis Dumont (1979) ao conceber a existência de sociedades marcadas por ideologias do *holismo* e *individualismo* - o que se aproximaria, grosso modo, das concepções de *tradição* e *modernidade* - nos forneceu instrumentos que transcendem a análise das sociedades enquanto culturas totalizantes, possibilitando a aplicação destes conceitos aos distintos segmentos sociais que constituem uma mesma sociedade⁶⁹. Essa asserção se baseia na defesa de Dumont a respeito da existência de predisposições individualizantes, em algumas sociedades consideradas hierárquicas e englobantes, e de forças sociais hierárquicas e englobantes, em sociedades marcadas pela ideologia do individualismo.

A oposição entre *holismo* e *individualismo* se resume entre sistemas tradicionais de construção de *pessoa* e a concepção moderna de *indivíduo* pautada em valores tais como liberdade, igualdade, singularidade e autodeterminação (DUARTE, 2003). Entretanto, para fins analíticos, Dumont (1985) define duas designações para o termo

⁶⁹ Como foi feito, por exemplo, pelo antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte (1986) acerca da concepção de pessoa, nas camadas populares brasileiras, a qual é considerada relacional e societária, sendo marcada pela ideologia do *holismo*.

indivíduo, as quais estão atreladas aos conceitos de *pessoa* e *Indivíduo* como valor supremo:

de um lado, o sujeito *empírico* que fala, pensa e quer, ou seja, a amostra individual da espécie humana, tal como a encontramos em todas as sociedades; do outro, o *ser moral* independente, autônomo e, por conseguinte, essencialmente não-social, portador dos nossos valores supremos, e que se encontra em primeiro lugar em nossa ideologia moderna do homem e da sociedade. Deste ponto de vista, existem duas espécies de sociedades. Quando o Indivíduo constitui o valor supremo, falo de *individualismo*; no caso oposto, em que o valor se encontra na sociedade como um todo, falo de *holismo*. (DUMONT, 1985, p. 37)

Entretanto, como dito acima, estes modelos encontram-se dentro de uma mesma sociedade, ainda que ela seja pautada numa ou noutra ideologia. Dessa maneira, aciono tais modelos para pensar a dinâmica dos grupos MADA, as quais compreendo serem marcadas por ambas as ideologias que se entrelaçam numa dinâmica ambígua.

Por um lado, as identidades pessoais das frequentadoras do MADA devem submergir em prol do grupo, o qual deve se pautar numa dinâmica ‘transcendente curativa’, de modo a englobar as identidades e hierarquizar a relação entre ‘criador’ (“poder superior”) e ‘criatura’. Por outro lado, a adesão ao grupo - o que enseja sua existência - se dá através do reconhecimento, ou melhor, de uma adesão aos discursos que produzem a identificação com determinada conduta patologizada; o que suscita pertencimento, em contrapartida gera um marcador que contribui para a constituição de um tipo de ‘individualidade singularmente patologizada’.

Aqui, portanto, podemos acionar também os conceitos de Georg Simmel (1971), de *individualismo quantitativo* e *individualismo qualitativo*. O primeiro, que se circunscreve aos direitos de igualdade entre os cidadãos, fazendo referência à noção de sujeitos genéricos e abstratos, estaria alinhado às prescrições das identidades equiparadas e não hierarquizadas no interior dos grupos anônimos de ajuda mútua; enquanto que a segunda, que se refere às individualidades associadas à autenticidade e diferença, se alinha à construção da identidade “MADA”, particular, diferenciada, restrita a determinado grupo.

Desse modo, ainda que concorde com a dimensão de liberdade, que defende Godbout (1997), referente à circulação dos indivíduos, no interior dos grupos, o que apontaria para as ditas características *modernas*, enfatizarei, nesse sentido, a adesão que configura a produção de uma identidade pessoal pautada numa 'patologia/dependência', ressaltando assim o caráter *moderno* do grupo, no sentido de ser produtor de “individualidades qualitativas”, ainda que ‘negativizadas’.

Por outro lado, ressalto o caráter *holista*, enfatizado por Godbout (1997), através da ideia de princípios *comunitários*, qual seja: a prescrição à subordinação das identidades pessoais em prol da identidade do grupo. Entretanto, o ponto de síntese é que é a própria identidade do grupo que confere aos sujeitos as já mencionadas identidades individuais.

2.8 A literatura de autoajuda e os grupos anônimos de ajuda mútua

Todas as redes de grupos anônimos de ajuda mútua possuem um corpo de textos, os quais são designados por “literatura”. A “literatura” dos grupos é constituída, como vimos, pelos “Doze Passos” e “Doze Tradições”, as quais prescrevem normas para organização dos grupos e valores para a chamada recuperação. Somado a estes, todo grupo adota pelo menos um livro do gênero literário “autoajuda”, o qual é concebido pelos membros como referência para a caracterização, e recomendações de “recuperação”, das “dependências” e/ou “descontroles” vinculados a cada rede de anônimos.

Segundo Gonzalez (2012) o surgimento do gênero autoajuda está em estreita relação à produção do livro “Alcoólicos Anônimos” - escrito em 1936, pelo co-fundador do primeiro grupo de anônimos, “AA” -, o qual é considerado retrospectivamente um livro de autoajuda. Este livro contém os “Doze Passos” e é utilizado como referência para a caracterização, e também orientação da dita recuperação, do alcoolismo pelos membros dos grupos AA.

Assim, com a influência da publicação do livro em questão, passa a existir a produção de uma série de livros, conferências e fitas de vídeos, configurada por um modelo discursivo, que em retrospectiva passa a ser chamado “autoajuda” (GONZALEZ, 2012). Posteriormente a este primeiro momento, configura-se, na contemporaneidade, o que Bauman (2007) designa por *counselling boom*, o qual teria como principal motor a condução dos relacionamentos. O que refletiria uma crescente busca pelo controle das emoções através do que Condé (2011) chamou de *mídia conselheira*, a qual abarca o mercado editorial de “autoajuda”.

Este gênero, diferentemente da “ajuda mútua”, é caracterizada por um “método terapêutico” praticado individual e solitariamente. Muitos livros de autoajuda se constroem pautados nos discursos produzidos pelos campos *psi*, entre os quais, muitos são escritos por médicos e psicólogos. Entretanto, diferentemente da produção dos

campos considerados científicos, estes livros adotam um discurso normativo para a orientação de práticas e comportamentos determinados, visando supostamente um aprimoramento das trajetórias individuais. Assim, em geral, recomendam a busca de recursos subjetivos, pautados na ideia de um “poder interior”, o qual deve ser acionado por seus leitores. Tal discurso refletiria os processos de uma intensa psicologização alicerçada na *interiorização* e *culto do eu* (DUARTE e CARVALHO, 2005).

Nesse contexto, como apontado por Bauman (2007), o maior número da produção de livros de autoajuda busca orientar relacionamentos sexo-afetivos. Entretanto, tais orientações valorizariam um ideal de relacionamento alicerçado por ideais de *individualização*, *autonomia* e *igualdade* (1989). Desse modo, a partir da década de 90 os relacionamentos sexo-afetivos passam a ser alvo de intensa análise pelo olhar especialista de psicólogos e psiquiatras, o que enseja a produção de uma série de livros, manuais, filmes, programas de televisão, vídeos e sites direcionados à orientação dos relacionamentos. Assim, no bojo desse movimento, os grupos de ajuda mútua se proliferaram pelo mundo com designações sexo-afetivas, a partir da década de 90, tais como o MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), DASA (Dependentes de Amor e Sexo), entre outros.

Assim, como supramencionado, todos os grupos anônimos de ajuda mútua aderem a, pelo menos, um livro de “autoajuda”, que se torna base da estrutura discursiva da “doença” acionada por cada rede de anônimos. Em alguns casos, a criação dos grupos é inspirada nestes livros, como é o caso do grupo MADA, o qual foi implementado com base nas recomendações contidas no livro “Mulheres que Amam Demais”.

2.9 A “literatura de MADA”

A “literatura”, como se referem as integrantes de MADA ao corpo de textos usado nos grupos, se circunscreve basicamente, como já mencionado, a adaptações feitas aos “Doze Passos” e “Doze Tradições” dos “Alcoólicos Anônimos”, bem como ao conteúdo do livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais”.

Como vimos, os “Doze Passos” e “Doze Tradições” são adaptados de acordo com a “dependência” ou “descontrole” que cada rede se propõe tratar. Assim, no caso do MADA todos os “Passos” e “Tradições” passam a conter somente artigos e pronomes feminino para designarem seus membros. Também alteram a “doença”: onde

se vê “álcool” ou o “alcoolismo”, substituem por, respectivamente, “dependência de relacionamentos” e “amar demais”, assim como substituem o nome da 'rede'. O “Primeiro Passo”, como mencionado, ao invés de “admitimos que éramos impotentes perante o álcool (...)”, está: “admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos”. Outro exemplo está na “Terceira Tradição”: “O único requisito para ser membro de MADA é o desejo de se recuperar da dependência das pessoas”; enquanto no A.A. se afirma que “Para ser membro de AA, o único requisito é o desejo de parar de beber”. Assim, se configura os chamados “Doze Passos de MADA” e “Doze Tradições de MADA”.

Ainda de maneira adaptada, a 'rede MADA' compila alguns textos prescritivos em uma apostila que, em geral, é vendida nas reuniões. Estes textos consistem em, por exemplo, como se portar numa reunião⁷⁰, ou no número mínimo de vezes que as mulheres, que vão pela primeira vez, devem voltar às "reuniões de MADA"⁷¹ antes de desistirem, ou quais seriam os “instrumentos de recuperação” pelos quais estas mulheres devem passar, assim como também existem alguns fragmentos retirados do livro de Robin Norwood, entre outros. Muitos dos textos, que constituem estas apostilas, são adaptações dos textos que circulam através de livretos, panfletos e folders nos grupos AA.

Os textos fundamentais “de MADA”, lidos e recomendados nas reuniões, se encontram no livro “Mulheres que Amam Demais, de Robin Norwood, o qual justifica a existência da ‘rede MADA’”. Assim, alguns textos são retirados do livro e organizados, tanto no interior das apostilas, como em cartões, os quais contém as “Dez Características de uma mulher que se recuperou de Amar Demais”, e são lidos em determinada ocasião das reuniões.

Também encontra-se, disponibilizado no site oficial da 'rede MADA', a maior parte da “literatura”. Estão lá não somente os “Doze Passos de MADA” e “Doze Tradições de MADA”, mas também os “Dez Passos de Recuperação de Robin Norwood”; as quatorze “Características de uma Mulher que Ama Demais”; as dez

⁷⁰ “Recomendações de recuperação: Falar apenas sobre si própria; Usar sempre a palavra ‘eu’; Evitar as palavras ‘nós’, ‘ele(s)’, ‘a gente’, ‘você(s)’, etc.; Manter sempre em mente as experiências pessoais; Evitar falar sobre o que nunca viveu; Evitar falar dos outros; Apoiar as demais, através da partilha de suas experiências pessoais; Não aconselhar; Não dizer o que a outra deve ou não deve fazer; Evitar explicações ou consolos à companheira que ao dar seu depoimento, sofre ou chora, evitando críticas ou depoimentos negativos; O silêncio é o melhor remédio e, ler, a melhor atitude”. (fonte: site oficial do MADA)

⁷¹ Recomenda-se às pessoas que vão ao MADA pela primeira vez que retornem ao menos a seis reuniões para conseguirem se identificar e compreenderem os processos de “recuperação”.

“Características de uma Mulher que se Recuperou de Amar Demais” (ambas retiradas do livro de Norwood). Ainda existe uma espécie de teste, designado por “Primeira Vez”, o qual é recomendado para as mulheres saberem se são “dependentes de relacionamentos”⁷². O teste contém doze perguntas, entre as quais, caso três sejam respondidas afirmativamente a “doença” estaria configurada.

Entre as perguntas estão:

- 1) Torno-me obsessiva com os relacionamentos?
 - 3) Minto para disfarçar o que ocorre numa relação?
 - 5) Repito atitudes para controlar a relação?
 - 6) Sofro acidentes devido à distração?
 - 7) Sofro mudanças de humor inexplicáveis?
 - 8) Pratico atos irracionais?
 - 9) Tenho ataques de ira, depressão, culpa ou ressentimento?
 - 12) Sofro doenças físicas devido à enfermidades produzidas por stress?
- (fonte: site oficial do MADA)

Compreendo em primeiro lugar que as perguntas são pouco específicas, e em segundo lugar, justamente por serem pouco específicas, qualquer pessoa poderia facilmente se identificar afirmativamente com algumas dessas perguntas. Entretanto, algumas delas podem ser identificadas com discursos que caracterizariam o ‘universo feminino’. Ou seja, a ideia de “controle excessivo”; “descontrole”; “distração”; “mudanças de humor”; “atos irracionais”; características estas que compuseram, e ainda compõem, como vemos, um substrato imaginado considerado próprio do ‘feminino’ (GAY, 1988).

Parte também do corpo da “literatura”, encontradas no site e nas apostilas, estão a “Oração da Serenidade”, na qual se pede a “Deus” “serenidade”, “coragem” e “sabedoria”; a “Oração da Unidade”, a qual não faz referência a um “Poder Superior”, mas faz à suposta força produzida pela união das ‘mulheres anônimas’; e a “Oração do Terceiro Passo”, que, entre outras coisas, pede a “Deus” que as dê forças para realizarem a “vontade do Senhor”. Em geral a primeira oração abre as reuniões e as três, revezadas em dias distintos, as encerram.

Os “Instrumentos de Recuperação”, também encontrados nestes mesmos meios, sistematizam algumas estratégias que contribuem para a chamada recuperação, são elas:

- 1) **Reuniões** (para se compartilhar experiência, força e esperança, para aprendermos com as companheiras e sair do isolamento, entre outras coisas);
- 2) **Amadrinhamento** (uma companheira que você convida para ser sua madrinha, que vai conversar com você mais diretamente sobre as suas dificuldades e vai lhe ajudar na caminhada da recuperação);
- 3) **Literatura**

⁷² Todos estes textos se encontram na íntegra em anexo.

(ler a literatura indicada que são: os 12 Passos, as 12 Tradições e os Lemas de MADA, os textos de MADA - no site -, os livros indicados por MADA, e, 'Para Hoje', que são as mensagens diárias); 4) **Escritos** (que nos ajudam a refletir e colocar as idéias focadas no programa); 5) **Serviço** (trabalhar para irmandade fazendo pequenas tarefas é essencial para a recuperação); 6) **Anonimato** (que nos protege e nos dá total liberdade no programa); 7) **Telefone** (podemos e devemos ligar para as companheiras para conversar, para pedir ajuda numa crise, sem restrições, é um importante instrumento também); 8) **Plano de Vida** (que libera mente para pensar em outras coisas que não sejam relacionamentos, simplifica a questão e coloca o relacionamento no lugar certo - ser uma das escolhas na vida e não suprir algo emocional).

(fonte: http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=39)

Espera-se, e recomenda-se, que os membros, bem como as “novatas”, leiam todo este material utilizado como fundamento do grupo, para poderem se identificar com a caracterização da “doença”, e respeitarem as “Tradições” e a dinâmica dos encontros, e assim se inserem nos sobreditos 'processos de controle'.

Tais estratégias “terapêuticas” refletem o sistema de solidariedade produzido pelos grupos, o qual pode ser compreendido a partir da ideia de *valor de troca relacional* acionada por Godbout (1997), onde o vínculo e a *ajuda*, considerados terapêuticos, seriam capazes de produzir soluções para o sofrimento 'psíquico'. Já Csorda (2008) enfatizaria os processos que ensejam uma percepção de 'cura' através da fé. Entretanto, o que quero ressaltar aqui, sobretudo, é a constatação, mediante minha frequência aos grupos MADA, da produção de uma rede de apoio, caracterizada, entre outras coisas, pelo “amadrinhamento”⁷³, incentivo às mulheres a trocarem telefone, pelas conversas sobre suas intimidades nos intervalos e finais das reuniões, o que resulta numa identidade compartilhada que traria acolhimento a suas dores.

Portanto, é comum ouvir nas “partilhas” referências às conversas que as integrantes tiveram fora das reuniões, o que expressando intimidade e uma rede de solidariedade que transborda o grupo. Falas tais são recorrentes: “a companheira me fez compreender que eu tenho que pensar primeiro em mim”; “quando liguei para companheira despejei tudo que estava sentindo, e ela me ouviu, esse recurso é muito bom, pois me faz sentir menos sozinha, ainda que ache que não deva ficar me lamentando sempre”; “a companheira me chamou atenção dizendo que tenho que parar de me vitimizar”; “a minha madrinha foi essencial para minha recuperação”, etc.

⁷³ Há o incentivo à mulher que ingressa no grupo de escolher uma integrante, com a qual se identifique, para se tornar sua madrinha. A madrinha teria, teoricamente, a responsabilidade de ajudar essa mulher em momentos difíceis, e de dar o exemplo de “recuperação”.

2.10 A generificação das “patologias” e as características de “uma mulher que ama demais”

“Amar demais”, para o ‘saber MADA’, se define, como sobredito, por uma “doença” que incide em determinado “padrão comportamental” e “emocional”, o qual levaria às mulheres, a produzirem, e dependerem de relacionamentos considerados “doentios”⁷⁴. Essa “doença” é associada - pelo ‘saber MADA’ – aos sintomas provocados pelo alcoolismo por seu “padrão de dependência”, “síndrome de abstinência” e por um processo deletério “progressivo” que, neste caso, é vinculado à dependência dos “outros” e, sobretudo de homens considerados “inadequados”, chegando a ser fatal.

Como já dito, ainda que as “mulheres que amam demais” não sejam diretamente associadas à dependência química ou a homens “dependentes químicos”, a origem do grupo se vincula a experiências de mulheres que se relacionaram sexo-afetivamente, especialmente, com homens considerados alcoólatras, pois o livro "Mulheres que Amam Demais", que inspirou o grupo, é concebido a partir das experiências da autora, a qual tratava mulheres que se relacionavam com homens dependentes químicos.

Com efeito, como mencionado, é comum perceber a circulação das frequentadoras dos grupos MADA que frequentei - como constatado também por outras etnografias⁷⁵ - entre outros grupos de anônimos vinculados à dependência química, tais como AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), Al-Anon (Associação de Parentes e Amigos de Alcoólicos Anônimos), CODA (Co-Dependentes Anônimos), entre outros.

Os dois últimos grupos citados, reservados a sujeitos que teriam tido ou estariam em relação com alcoólicos, considerados co-dependentes⁷⁶, são avaliados como espaços eminentemente ‘femininos’, enquanto que, em oposição, os grupos “Alcoólicos

⁷⁴ Ainda que o adjetivo “doentio” seja acionado em alguns textos, muitas vezes é suprimido, e explicitada somente a menção à “dependência de relacionamentos”, de modo generalizador, como, por exemplo, no “Primeiro Passo de MADA” e na “Terceira das Doze Tradições de MADA”, respectivamente: “Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos”; “O único requisito para ser membro de MADA é o desejo de se recuperar da dependência das pessoas”.

⁷⁵ Ferreira (2012) e Gonzalez (2012).

⁷⁶ O co-dependente se define pela ideia de que este estaria vinculado a pessoas dependentes químicas, de forma a serem enredados nos processos deletérios da “doença”. Entretanto na fase adulta, especialmente as mulheres, que fizeram parte de famílias nas quais tinham como integrantes sujeitos dependentes químicos, elas tenderiam a se envolver com homens portadores da mesma dependência. Configurando assim uma relação de “co-dependência” considerada doentia, já que os indivíduos envolvidos com os dependentes químicos comporiam e alimentariam parcialmente a “doença”.

Anônimos” configurariam espaços essencialmente ‘masculinos’, segundo a pesquisa de Tadvald (2006) realizada em Porto Alegre. Assim, ainda que os resultados dessa pesquisa não possam ser ‘universalizados’, dado o recorte regional do campo, é possível supor a existência de uma generificação das práticas, condutas e, portanto das doenças, as quais refletiriam na generificação dos grupos de anônimos, tomando como exemplo o grupo MADA, direcionado somente às mulheres. Outro exemplo possível de generificação das supostas patologias vinculadas a grupos de anônimos é dado por Ferreira (2012). A autora afirma em sua tese, que nos grupos de “dependentes de amor e sexo”, em geral, as mulheres demonstravam preocupações referentes ao campo dos relacionamentos afetivos, enquanto que os homens explicitavam conflitos relativos à prática sexual.

Desse modo, no MADA, o que definiria as “relações destrutivas”, parte da suposta doença de “amar demais” está em consonância com a ideia de um alto grau de investimento das mulheres em suas relações amorosas com homens considerados “inacessíveis”, “inadequados” e “impossíveis”. Tais categorias êmicas, encontradas no livro de Norwood, e acionadas pelos membros dos grupos MADA frequentados por mim, caracterizam homens que seriam “desinteressados” pela relação amorosa estabelecida, e “distantes emocionalmente”, por serem “resistentes à intimidade”, ou ainda podem ser “dependentes químicos”, “adúlteros”, “irresponsáveis”, “dependentes emocionais”, “carentes”, entre outros.

Com efeito, o investimento dessa mulher na relação com tais homens, segundo o 'saber MADA', seria produto da “doença”, a qual é desenvolvida em seu primeiro grupo familiar, considerado “desajustado” ou “desestruturado”⁷⁷. A mulher então buscaria repetir o padrão de sofrimento que viveu na infância, pois, segundo Norwood, seria o único modo que conhece de se relacionar, o que resultaria no desenvolvimento do “vício pela dor”. Ademais, por ansiedade, e por rejeitar resolver seus próprios problemas, essa mulher se concentraria somente nos problemas de seu parceiro, cuidando e o ajudando, o que concorreria para a escolha de relacionamentos com “homens-problema”, pois se sentiria amada por ser “necessária”. Por outro lado, por supostamente ter carecido de afeto e atenção na infância, ela frequentemente teria medo de ser “abandonada”, o que a levaria a “controlar” constantemente seus parceiros.

⁷⁷ A primeira das “características de uma mulher que ama demais”, retirada do livro de Norwood, é provir de família “desestruturada”.

Entretanto, em minha frequência aos grupos MADA, pude perceber uma diversidade de condutas e experiências que divergiriam desta caracterização. Desde mulheres que se consideram "cuidadas", "amadas" e "acolhidas" por seus parceiros, as quais, segundo elas, não retribuiriam na mesma medida tal comportamento, até mulheres que não se consideram oriundas de "famílias desestruturadas", característica essa considerada um requisito para a construção da 'identidade MADA'. Abaixo retomarei este tópico.

Noorwood, em seu livro (1985), defende que “quando nossas experiências na infância são bastante dolorosas, somos frequentemente compelidos a recriar situações parecidas em nossa vida, com o intuito de conseguirmos domínio sobre elas” (p.29), o que justificaria o desenvolvimento do comportamento patológico. A autora descreve dois tipos hipotéticos de dinâmica familiar “doente”, os quais seriam, em potencial, desencadeadores do “amor demais”:

Talvez seu pai muito embora desse segurança financeira à família, detestasse as mulheres e não confiasse nelas. Essa incapacidade dele de amar talvez tenha impedido *você* de se amar. Ou a atitude de sua mãe com relação a *você* tenha sido de ciúme ou de competitividade em casa, ainda que elogiasse *você* em público, de forma que *você* precisava se sair bem para ter sua aprovação, temendo, no entanto, a hostilidade que seu sucesso provocaria nela (p.21).

Entretanto, Norwood assume que não daria conta de organizar e enumerar todos os padrões possíveis de famílias “desestruturadas”, mas aponta para o que existiria em comum entre elas, qual seja: a “incapacidade de discutir problemas enraizados” (p.29). Para além da concepção tradicional de Norwood, evidenciada no fragmento acima, onde o pai é ausente, e provedor, e a mãe estaria em disputa com a filha⁷⁸, concebo, a respeito da necessidade de se “discutir problemas enraizados”, ou se evitar “enraizá-los”, o que Foucault (2005) nomeou por *incitação ao discurso* vinculada à *confissão do segredo*, que ensejariam processos de *normalização*, já que a autora ressalta a importância de expor o que estaria 'escondido', ou seja, os “problemas enraizados” deveriam ser ‘externados’ como modo de se evitar configurações próprias a uma “família desajustada”.

Norwood (1985) justifica o motivo pelo qual a “doença de amar demais” acometeria especialmente mulheres levando em conta a suposta combinação entre “forças culturais” e “forças biológicas”. Ressalta que ainda que possam existir homens com características próprias a “doença de amar demais”, os homens, em sua maioria,

⁷⁸ Tal concepção corrobora a ideia ‘senso comum’ de que as mulheres sempre estariam em disputa entre elas.

quando provindos de famílias “desestruturadas” não desenvolvem “vícios” ligados a relacionamentos, pois “eles normalmente tentam se proteger, e evitam a dor exercendo atividades mais externas que internas, mais impessoais que pessoais” (p.13). Desse modo, homens, oriundos das tais famílias desestruturadas, teriam a tendência a se tornarem “obcecados” pelo trabalho, por esportes ou *hobbies*, “enquanto as mulheres, devido a forças **culturais** e **biológicas** peculiares, a tendência é se tornarem obcecadas por um relacionamento” (p.14, grifo meu). Assim, ela afirma que “amar demais é sobretudo um fenômeno feminino” (p.14)

Desse modo, a autora apresenta uma disposição “natural”, que se diferenciaria entre meninos e meninas, para resolverem seus problemas, o que acarretaria “doenças” e mesmo profissões distintas:

Refleta sobre como crianças, principalmente garotinhas, comportam-se quando não têm o amor e atenção de que precisam. É possível que o garotinho torne-se nervoso e reaja apresentando um comportamento de destruição, mas a garotinha frequentemente voltará a atenção para a boneca favorita. Ninando-a e confortando-a, de certa forma identificando-se com a boneca, a garotinha esforça-se indiretamente em receber a atenção de que necessita. Quando adultas, as mulheres que amam demais fazem a mesma coisa, talvez de maneira um pouco mais sutil. Em geral, tornamo-nos superatenciosas em muitas áreas de nossa vida, senão todas. Mulheres vindas de lares desajustados (e principalmente de lares com problemas relacionados ao álcool, pude observar) estão representadas até demais em profissões de prestação de serviços, trabalhando com enfermagem, consultoria, terapia e serviço social (1985, p.32-33).

Um dos argumentos principais de Noorwood (1985) é de que as mulheres tendem, mesmo por uma questão cultural, a querer “salvar” seus parceiros. Se sentem mais forte e no controle quando encontram “homens dependentes” de seu apoio para com isso atribuir significado a suas vidas, bem como fundamentarem suas identidades. Assim essas mulheres buscariam “libertar” seus parceiros da “indisponibilidade emocional”, ou “depressão”, ou “crueldade”, ou “vício”, através da “força do amor”. Assim, segundo Norwood (1985), muitas mulheres usariam o intercuro sexual como um instrumento de transformação e controle de seus parceiros, o qual, muitas vezes, seria realizado num ato de esforço. Existiria assim uma necessidade de serem “servis” e, por outro lado, “controladoras”, por terem medo de estar sós, ou seja, fora de um relacionamento amoroso.

2.11 Da “doença” à *perturbação físico-moral*

Para Norwood a “doença de amar demais” dificilmente é considerada como doença pela medicina, já que, em sua fase inicial - assim como no alcoolismo, compara ela – não se manifesta na dimensão física, portanto, a “doença”, inicialmente, seria comportamental. Entretanto, caso não haja o controle devido, ou seja, o controle comportamental, a “doença” seria fatal, portanto, ela defende a necessidade de um diagnóstico precoce. “Rompantes de descontrole emocional”, “depressão”, “ataques de fúria”, são “sintomas da doença”, segundo a autora, que podem levar a morte, seja por suicídio ou acidentes.

Desse modo, a “doença” que a princípio é de ordem “psíquica” - a qual deve ser “controlada”, de modo a compreendermos a implicância de um ‘quantum moral’, uma escala de intensidade comportamental que deve ser regulada – torna-se física.

Segundo Duarte (1944) as antigas *perturbações* eram categorizadas, pela tradição médico-filosófica, de “físico-morais”, as quais se relacionavam num fluxo indistinto entre “corpo” e “espírito”, entre “físico” e “moralidade”. A “loucura moral”, assim como a “degenerescência”, por exemplo, se expressavam tanto no corpo, na constituição biológica dos sujeitos, quanto nas condutas. Desse modo, esse modelo de “doença”, desafiava a separação cartesiana estanque entre “corpo” e “mente”. Entretanto, Duarte (1994) defende que a moralidade das “perturbações” foi substituída pelo psiquismo, o qual ganhou hegemonia sobre o corpo. Enquanto que a moralidade era concebida de modo relacional, o psiquismo é compreendido de modo individualizante no que concerne a representação dos sujeitos.

Duarte (1994, 1988), com essa análise, quis defender que a categoria *nervos*, acionada pelas classes populares contemporâneas, se associa às antigas “perturbações mentais”, as quais denomina o autor de *perturbações-físico-morais*, já que corpo/moralidade/espírito/emoção se encontram imbricados. Enquanto que a compreensão das classes médias, relativa a *perturbações*, contemplaria uma representação individualizante e não-relacional de *pessoa*, onde a dimensão “psicológica” teria preeminência em relação ao corpo.

Em relação às definições conceituais acerca da *perturbação* em questão, há entre os campos *psi* um desencontro de conceitos que classificam o ‘amor em excesso’. Entre “vício de dor”, “dependência dos outros”, “doença de amar demais” e “transtorno do impulso” - esse último concebido pela psiquiatria brasileira quando se refere ao “amor

patológico” (o qual veremos no terceiro capítulo) – há o consenso sobre a preeminência da psique sobre o corpo. Entretanto, considera-se que a *perturbação* em questão pode ser ocasionada não somente pela negligência afetiva sofrida na infância, mas também pela negligência física, incluindo maus-tratos, o que afetaria a construção psíquica dos sujeitos, bem como a sua relação com o corpo.

Norwood relata a dificuldade do diagnóstico do “amor em excesso” pela separação que a medicina faria entre corpo e moralidade:

para muitos médicos, [doença] é um conceito difícil de se aplicar quando a doença tem manifestações comportamentais, em vez de físicas, nos estágios inicial e intermediário. É um dos motivos por que tantos profissionais não conseguem reconhecer o alcoolismo, a menos que a vítima esteja nos últimos estágios (...). Talvez seja até mais difícil reconhecer o fato de se amar demais como uma doença, pois o vício não se relaciona a uma substância, mas a uma pessoa (1998, p.227).

Ainda que a dimensão moral das *perturbações* tenha sido substituída, em setores das camadas médias, como defende Duarte (1994), pelo psiismo que ganhou hegemonia em relação ao corpo, “amar demais”, segundo minha interpretação, é de ordem moral e relacional, já que pode ser considerada uma “patologia” comportamental, desviante e desorganizadora das experiências familiares, e, portanto, social. Assim, se existe a prevalência da psique sobre o corpo, “amar demais” pode ser considerado uma *perturbação físico-moral*, pois corpo/moralidade/espírito/emoção encontram-se na construção dos ‘diagnósticos’ dos grupos MADA e na “recuperação da doença”. Desse modo, se considera que a verdadeira “recuperação” vem por meio da “espiritualidade” que é respaldada pelo “programa de MADA”, subsidiando a correção do comportamento e emoção considerados desviantes, o qual caso não ‘corrigido’ pode levar à morte física.

Assim, tal *perturbação físico-moral*, o “amar demais”, abrange distintas camadas sociais, já que encontramos nos grupos MADA, que frequentei, médicas, secretárias e faxineiras numa mesma reunião. Entretanto, tais integrantes, por outro lado, acionam noções dos campos *psi*, consideradas próprias às camadas médias, tais como “depressão”, “abstinência” e “neurose”. Sendo assim, o que prevalece como principal marcador da “doença de amar demais” não é a camada social a qual se pertence, mas sim o gênero feminino.

Quando Norwood escreveu seu livro, ainda, no Brasil, o “amor patológico” não era uma categoria psiquiátrica. Portanto, não era tratada pelos especialistas da

psiquiatria como “doença” ou “transtorno”. Entretanto, pouco a pouco vemos a difusão da patologização, por alguns setores da psiquiatria brasileira, de determinados comportamentos amorosos, o que vamos discutir no terceiro capítulo.

Ao descrever o feito da autora, não quero com isso defender que ela tenha sido pioneira na maneira de compreender determinados comportamentos amorosos, já que nossa análise se circunscreve aos grupos MADA e suas inspirações teóricas. Entretanto, quero assinalar a busca da autora por enfatizar a importância de se compreender determinadas condutas como doença, bem como a necessidade de “tratamento” desta:

Quero construir uma situação para aplicar o conceito de doença ao modelo de se amar demais. É algo difícil de se fazer, e, se você não aceitar essa proposta, espero que ao menos perceba a forte analogia entre uma doença como o alcoolismo, um vício de uma substância, e o que ocorre com mulheres que amam demais, viciadas como são em homens em suas vidas. Estou inteiramente convencida de que o que aflige mulheres que amam demais não é *como se fosse* um processo doentio; é um processo doentio, requerendo um diagnóstico e um tratamento específicos. (p.226-227)

Um elemento enfatizado pela autora, o qual é fundamental para pensar determinadas transformações culturais, é o reconhecimento de Norwood (1985) acerca de predisposições culturais que obstaculizariam o reconhecimento da “doença”:

Talvez seja até mais difícil reconhecer o fato de se amar demais como uma doença, pois o vício não se relaciona a uma substância, mas a uma pessoa. A maior barreira para reconhecê-lo como uma condição patológica requerendo tratamento, no entanto, é que médicos, conselheiros, enfim, todos nós, alimentamos certas **crenças profundamente arraigadas sobre as mulheres** e o amor. **Todos tendemos a acreditar que o sofrimento é um sinal de amor verdadeiro**, que se recusar a sofrer é egoísmo, e que, se um homem tem um problema, a mulher deveria, então, ajudá-lo a se modificar. Essas atitudes ajudam a perpetuar ambas as doenças, alcoolismo e amar demais. (p.227, grifo meu)

Com efeito, “fatores culturais” são levados em consideração tanto em relação à dificuldade das pessoas considerarem, os relacionamentos amorosos que envolvem sofrimento, doentios, quanto, conseqüentemente, à influência de tais fatores no desenvolvimento da “doença”, como já citado, na passagem onde a autora diz:

Devido a uma interação de **fatores culturais e biológicos**, eles [os homens] normalmente tentam se proteger, e evitam a dor exercendo atividades mais externas que internas, mais impessoais que pessoais (...) enquanto nas mulheres, devido a **forças culturais e biológicas peculiares**, a tendência é se tornarem obcecadas por um relacionamento (1985, p. 13, grifo meu).

Entretanto, Norwood não explicita, em momento algum, quais seriam estes “fatores biológicos” que determinariam o desenvolvimento da suposta doença de “amar demais”. A autora aceita as supostas distinções biológicas entre homens e mulheres, as quais determinariam comportamentos distintos. Por outro lado, ela considera que “filhos de pais viciados também tendem a herdar uma predisposição genética para desenvolver seus próprios vícios” (p.38), o que nos remete mais uma vez à concepção de “degenerescência” do século XIX.

Entretanto, os “fatores culturais” e “biológicos”, segundo o gênero do sujeito, são mais relevantes na medida em que mulheres desenvolvem o “vício da dor” independentemente de terem tido familiares “viciados”. Desse modo, acentuaremos aqui uma das características centrais do que Norwood classifica por “família desajustada”, a qual produziria “indivíduos viciados”, a saber: “o que todas as famílias doentias têm em comum é a incapacidade de discutir problemas enraizados” (p.22).

Lar desajustado é aquele em que um ou mais destes pontos ocorre: (...) um dos pais que não consegue relacionar-se com outros membros da família e, por isso, evita-os e alega que eles são os culpados por evitá-los; inflexibilidade quanto a dinheiro, religião, trabalho, utilização do tempo, mostras de afeição, sexo, televisão, trabalho doméstico, esportes, política, e assim por diante; **obsessão por um desses itens pode impedir o contato e a intimidade, pois a ênfase não está em relacionar-se, mas em seguir as regras.** (p.31-32, grifo meu)

O que vemos aqui é a expressão do que Giddens (1993), Foucault (2001) e Illouz (2010) enfatizaram, respectivamente, a respeito da *transformação da intimidade*, onde as relações idealmente são menos assimétricas, e, portanto, o diálogo se torna parte constitutiva das negociações dos projetos individuais de cada membro de uma família; sobre a crença no perigo patológico que se esconde nos maus sentimentos intrafamiliares, o que deve ser “tratado” a partir da enunciação de *verdades sobre si*; e acerca da prescrição ao aprendizado de um *manejo técnico* que busca corrigir interações familiares consideradas inapropriadas, e não mais ao sufocamento do conflito como prescrito antes da institucionalização dos campos *psi* (ILLOUZ, 2010).

Ainda sobre “fatores culturais” e “biológicos”, “externos” e “internos”, Norwood dá a entender que a maioria das “mulheres que amam demais” sofrem de depressão, e que, portanto, buscam camuflá-la através da “adrenalina” constitutiva dos relacionamentos “destrutivos”:

a curto prazo esses relacionamentos proporcionam uma ótima válvula de escape, um grande passatempo, e certamente um disfarce altamente afetivo para a depressão. É quase impossível experimentar a depressão quando

estamos bastante exaltados, positivamente ou negativamente, devido aos altos índices de adrenalina liberados, estimulando-nos. Mas a exposição excessiva a fortes excitações acaba com a habilidade do corpo de responder, e o resultado é uma depressão maior que a anterior, dessa vez **com base tanto física quanto emocional** (p.221, grifo meu).

Quando explica a diferença entre depressão com base física e com base emocional, a autora define que existem dois tipos de depressão, a saber: uma endógena e outra exógena. A primeira ligada a “disfunções bioquímicas” herdadas e a segunda a “acontecimentos externos”:

A depressão **exógena** ocorre com **reação a acontecimentos externos** e está estreitamente relacionada à preocupação. A depressão **endógena** é o resultado de uma **disfunção bioquímica** e parece estar **ligada geneticamente à alimentação compulsiva e/ou ao vício de álcool e droga**. Tudo isso pode ser expressões diferentes das mesmas disfunções bioquímicas ou de disfunções parecidas (p.221).

Assim como os “degenerados” do século XIX, na análise de Carrara (1992) - os quais tinham herdado biologicamente essa condição e, portanto eram mais vulneráveis ao meio social que os sujeitos considerados normais - as “mulheres que amam demais” possuiriam “disfunções bioquímicas” que as tornariam mais vulneráveis aos “acontecimentos externos”. Desse modo, os “fatores culturais” e “biológicos” - ainda que não sejam explicados pela autora - bem como a “depressão exógena” e “endógena”, partem de um princípio dicotômico entre “espaço interior” e “exterior” do sujeito, entre “determinismo biológico” e “livre arbítrio”, este último alinhado aos “fatores culturais” que poderiam ser “contornados”. Assim, ainda que não seja possível vencer o “determinismo biológico” seria possível driblá-lo através da superação e controle dos “fatores externos”, bem como mediante a um “diagnóstico adequado” que prescrevesse meios de regular a bioquímica do cérebro.

2.12 Da “Recuperação”

para que a recuperação tenha início. Não importa se o seu parceiro é doente, cruel ou não lhe dá apoio. Ela, juntamente com o médico ou o terapeuta, devem compreender que toda tentativa de modificá-lo, ajudá-lo, controlá-lo, ou culpá-lo é uma manifestação da doença *dela*, e que ela deve parar com esse tipo de comportamento para que outras áreas de sua vida possam se aperfeiçoar. O único trabalho autêntico é com ela mesma. (NORWOOD, 1985, p.224)

Você precisa recuperar-se de um amor excessivo por conta própria, mas quando parar de sofrer, a recuperação pode ser tão emocionante que as

peçoas a sua volta podem começar a se recuperar. A recuperação pode ser tão contagiosa quanto a dependência e a co-dependência.⁷⁹

Os grupos MADA retiraram do livro de Norwood dez estratégias que as mulheres devem seguir para se “recuperarem” chamadas por “Dez Passos da Recuperação de Robin Norwood”, entre elas estão as seguintes prescrições: “Faça da sua recuperação a primeira prioridade da sua vida”; “Cultive o que precisa ser desenvolvido em você” e “Torne-se egoísta”.

Se por um lado a autora enfatiza “determinantes” culturais e biológicos que levariam as mulheres a se dedicarem “naturalmente” aos relacionamentos amorosos; por outro ela demonstra querer retirar a mulher dessa condição quando diz que a mulher não deve colocar os relacionamentos acima de seu “desenvolvimento pessoal”. Entre as “dez características de uma mulher que se recuperou de amar demais”, de Robin Norwood, lidas em todas as reuniões dos grupos MADA em que estive, encontra-se:

Ela cuida de cada aspecto dela mesma: sua personalidade, sua aparência, suas crenças e valores, seu corpo, seus interesses e realizações. Ela se legitima, em vez de procurar um relacionamento que dê a ela um senso de autovalor. (fonte: site oficial do MADA)

Ainda que prescreva um “cuidado de si” e o cultivo do “autovalor”, ela recomenda o cuidado com a aparência e corpo, o que se por um lado configura o desenvolvimento da autoestima, por outro acentua características prescritas às mulheres, quais sejam: o cultivo da beleza e da ‘boa aparência’.

Contudo, a proposta base para a “recuperação” e “controle da doença”, do ‘saber MADA’, é o cultivo da “autoestima” e da “autonomia emocional e financeira”, onde o “autoinvestimento” deve ser prioridade. Assim, outra “características da mulher que se recuperou de amar demais” é buscar não modificar o parceiro e paralelamente construir sua “autonomia”:

não esperar o apoio dele — financeiro, emocional ou em assuntos práticos — para iniciar sua carreira, ou mudar de carreira, ou voltar para a escola, ou qualquer coisa que queira fazer. Em vez de tornar seus planos dependentes da cooperação dele, planeje como se não tivesse ninguém em quem se apoiar, a não ser você. Cubra todas a contingências — cuidar do filho, dinheiro, tempo, transporte — sem usá-lo como recurso (ou como desculpa!). (...) Descobrirá que é bem possível fazer a vida funcionar para você quando parar de depender dele. Cultivar-se significa perseguir ativamente seus interesses. (1985, p.271)

⁷⁹ Texto escrito pelas frequentadoras num quadro negro em uma das salas das reuniões.

Ou seja, a receita de Norwood é que essas mulheres deixem de investir e se preocupar com seus parceiros para investirem em si próprias. Entretanto, não “depende dele” significa arcar com todas as responsabilidades domésticas: “assuntos práticos” (supostamente a administração da vida doméstica), “financeiros” (os quais manteriam o espaço doméstico), e o cuidado com os filhos. Ou seja, há um encorajamento a adesão da dita “dupla jornada”.

Como cultivo da “autoestima” a psicoterapeuta recomenda viagens; “arriscar-se” a conhecer pessoas novas; “ousar” na carreira profissional; “desenvolver novas competências”; “se presentear”; “passear por lugares desconhecidos” e agradáveis. Enfim, sua prescrição é a famosa recomendação dos livros de autoajuda: “ama-te primeiro”. E assim a “autoestima”, “autovalorização”, “autonomia”, “autosuficiência”, “independência”, “autocompletude”, devem ser realizadas. O mais interessante disso tudo é que a autora insinua que quando menos se espera e quanto mais se “investe em si” o ‘parceiro ideal’, “saudável”, pode aparecer:

Finalmente, o fato de se desenvolver torna você uma parceira muito mais atraente, pois é uma mulher inteiramente expressiva, criativa, não uma pessoa incompleta (e dessa forma amedrontada) sem um homem. **Ironicamente, quanto menos você precisar de um parceiro, melhor parceira se tornará, e atrairá (e será atraída para) um parceiro mais saudável** (1985, p.272, grifo meu).

Assim, a autora diz querer retirar a mulher deste lugar de dependência e subserviência - de intensa dedicação ao parceiro, e, às vezes, de limitação ao espaço doméstico, lugar este permeado por desigualdades, num modelo tradicional - através da prescrição do desenvolvimento da “independência”, “autonomia” e “autoestima”, acionando signos individualistas e igualitários. Entretanto, ao fazer isso ela revela uma intenção sub-reptícia, qual seja: a intenção de produzir ‘relacionamentos felizes’. Com efeito, também revela a ligação que a autora faz entre ‘mulher’ e o ‘trabalho parental’. Desse modo, a autonomia prescrita configura-se numa ‘autonomia instrumental’, a qual tacitamente seria alcançada para, enfim, tornarem-se “mulheres atrativas” a “homens adequados”.

Nas reuniões dos grupos MADA, frequentadas por mim, vê-se certa corroboração a essa busca do que chamei por ‘autonomia instrumental’. Referências, por exemplo, a estarem, depois do ingresso no grupo, se cuidando mais, tanto do corpo, da saúde física e emocional, como da aparência, são recorrentes. Bem como, referências

ao resultado desse auto-cuidado relacionado a se tornarem “mais atraentes”, “valorizadas” e “observadas” por seus parceiros ou pretendentes.

2.13 Minha presença no campo e a ‘pedagogização da loucura’ e da “recuperação”

Como já mencionado, me limitei a reproduzir principalmente as falas direcionadas a mim nas reuniões, bem como as falas que são recorrentes nas “partilhas”, dando assim um tom generalista, para que nenhuma das integrantes possa ser identificada, resguardando dessa maneira o “anonimato” e respeitando a norma do grupo definida pela oração constantemente evocada, já referida: “Tudo que ouvir aqui, ao sai daqui, deixe que fique aqui”. Desse modo, tive o cuidado de não usar as falas sobre casos pessoais, usar nomes fictícios, assim como não identificar o grupo onde aconteceram as experiências e conversas por mim relatadas.

Também vale lembrar que na maioria das “reuniões fechadas”, frequentadas no início de meu trabalho de campo, e “reuniões abertas”, nas quais estive, falei sobre minhas experiências pessoais, como um modo, inicialmente, de não me sentir desconfortável num papel absolutamente *outsider*, já que a dinâmica das reuniões é justamente a fala e escuta. Mas, para além desse desconforto, o que me motivou a “partilhar”, posteriormente, foram as reações das integrantes às minhas falas. Desse modo, como estratégia metodológica, busquei me ater a tais reações, as quais não comprometeriam as integrantes, já que era para mim, e/ou sobre mim, a confessa “pesquisadora”, que estavam falando, e não para o grupo e somente sobre elas. Entretanto, foi através dessas falas, sobretudo, que pude compreender algumas dinâmicas, tais como a supracitada ‘pedagogização’.

Em todas as falas das frequentadoras direcionadas a mim, ficava, ora implícito, ora explícito, o incentivo à minha frequência como “mada” nas “reuniões fechadas”. Abaixo exemplifico tal experiência.

No intervalo, de uma das “reuniões abertas” que fui pela segunda vez, de um determinado grupo, quando buscava café, me aproximei de Ana que me disse com simpatia: “E você? Deixa de frescura e recebe logo hoje a iniciação!”. Eu disse que não, pois não frequentaria o grupo por questões pessoais, e que o que me fazia estar ali era a minha pesquisa. Ela disse, “mas você tem que vir em primeiro lugar!”. Eu retruquei e disse que não me identificava com as características de uma “mulher que amava demais”. E ela disse “você não precisa se identificar com todas as características, o

único requisito para a frequência em todas as reuniões é estar num relacionamento destrutivo”, e eu disse brincando “eu posso até ser destrutiva, mas não estou num relacionamento destrutivo”. Ela me disse “então!?”. Como quem diz “ser destrutiva é já é parte do requisito”. Mas, fomos interrompidas pelo sino que comunica o encerramento do intervalo.

Em uma “reunião aberta”, de outro grupo, quando fui pela primeira vez, a coordenadora da época também insistiu para que eu frequentasse todas as reuniões, inclusive as “fechadas”. Ao chegar antes da reunião começar, me dirigi a ela para pedir seu consentimento para participar das “reuniões abertas”. Ela, que nunca havia ouvido uma única “partilha” minha, ao explicar minha entrada inicial com ‘dupla identidade’ em outros grupos, e o meu desejo agora de continuar somente como pesquisadora, ela insistiu para que eu frequentasse o grupo como “mada”, pois disse que isso me faria bem, ainda que também paralelamente pudesse fazer minha pesquisa. E então eu insisti que gostaria de frequentar somente como pesquisadora, e assim ela consentiu não muito satisfeita. Mas, me lembrou que muitos mulheres passam por processos de resistência, e que talvez, o modo de eu conseguir compreender o MADA fosse através da pesquisa e que Deus nos dava muitos caminhos para chegarmos até ali, e que eu não estava ali por acaso.

Assim, o que percebo é que de um modo geral existe a compreensão, veiculada nas reuniões, de que todas as mulheres são “madas” em potencial, o que fica explícito na fala de uma das frequentadoras:

As mulheres que amam demais, e não estão aqui na sala, não são consideradas madas. Só se tornam madas quando chegam aqui. Mas, 99% das mulheres amam demais e não sabem, não se dão conta.

Desse modo, o que subjaz a essa crença é a compreensão difundida socialmente de que as mulheres são “loucas”, “incompreensíveis” e “descontroladas”. Recorrentemente, nas reuniões, há a menção à loucura e à doença. Frases tais como “somos todas loucas”; “estou aqui porque sou louca”; “a nossa doença faz com que nos descontrolemos”, etc., são proferidas com muita constância. Mas, por outro lado, há o discurso de que são os outros que imputam a elas o rótulo de “loucas”, como representado pelas fala de duas das integrantes a seguir:

A doença é delicada, por isso a importância do anonimato, já que a doença não é aceita socialmente, por sermos taxadas de loucas e descontroladas.

De tanto falarem que eu era louca, já me sentia louca e fui enlouquecendo.

Portanto, por existir a crença de que as mulheres são potencialmente “mulheres que amam demais”, vê-se o incentivo à permanência de toda mulher que chega ao grupo, bem como o orgulho por conseguirem levar mulheres de seu círculo íntimo às reuniões. Desse modo, há o incitamento às mulheres buscarem alguma identificação com as “características de uma mulher que ama demais”, seja através do que ouvem nas reuniões, ou mediante a leitura dos textos prescritos, já que concebem que algumas mulheres se encontram em processos de “resistência”⁸⁰, o que as afastaria da auto-compreensão de serem “madas”.

Um bom exemplo para compreendermos a crença em considerarem a maioria das mulheres “madas” em potencial é o episódio excepcional onde três pesquisadoras da área da psicologia, as quais estavam numa “sala” do grupo pela “primeira vez”, para fazerem um trabalho de faculdade, em “reunião aberta”, foram “iniciadas”, de forma a receberem as “boas-vindas” e os canudinhos amarrados com fita branca, os quais representam o ingresso de uma integrante. Situação essa excepcional dada a transparência dos objetivos das pesquisadoras. Em momento algum as pesquisadoras disseram querer frequentar o grupo como “madas”, e enfatizaram o intuito da presença relativo à pesquisa. Desse modo, ainda que esse ritual não seja comum quando se trata de pesquisadoras, ele enfatiza a crença de que qualquer tipo de aproximação e interesse pelo grupo revela a necessidade, às vezes inconsciente, de buscarem ajuda e de se “recuperarem” de suas “madisses”⁸¹. Somado a isto, concebem a ideia de que “nada é por acaso”, se lá se encontram, mesmo como pesquisadoras, é porque, de um modo ou de outro, precisam do grupo.

Outra experiência vivida, a qual exemplifica esse ‘processo de pedagogização’, foi uma conversa que tive com uma das frequentadoras novatas, que disse que quando leu pela primeira vez o livro “Mulheres que Amam Demais” não se identificou com nenhuma das características de uma “mada”, mas como agora estava num relacionamento que a deixava muito vulnerável, voltou a ler o livro “aos poucos, sem pressa, parágrafo por parágrafo”, o que a estava levando a se “identificar cada vez mais

⁸⁰ A definição de “resistência” é inaugurada por Freud e resumidamente diz respeito a “tudo que se opõe, no paciente, ao acesso a seu inconsciente por palavras ou atos” (RIBEIRO, 2007, p. 65). Assim, vê-se mais uma apropriação de noções utilizadas pelas teorias *psi*.

⁸¹ “Madisse” é uma expressão recorrentemente usada para falarem sobre as características concebidas de uma “mulher que ama demais”.

com as características de mada”. Desse modo, vê-se uma busca sistematizada e detalhista para alcançarem algum tipo de identificação com as ditas “características”.

Uma característica básica de identificação é ser oriunda de uma “família desestruturada”, “desajustada” ou “disfuncional”, sendo considerada uma espécie de pré-requisito para se considerar uma “mulher que ama demais”. Portanto, é comum ouvir muitos relatos sobre como as relações familiares são tencionadas e dolorosas. Entretanto, algumas mulheres, como numa espécie de confissão, declaram terem sido criadas em um lar “saudável”, o que resulta num estranhamento de sua condição de “mada”, já que não possuem o elemento fundacional da “doença”. No entanto, insistem na condição de serem “doentes”, já que se identificariam com outras “características de mada”.

Para além da identificação com algumas das “características de uma mada”, deve haver o propósito de se “recuperarem”, objetivo esse reiterado pelo grupo, também parte dos requisitos para a frequência. Especialmente nas “reuniões abertas” a “recuperação” deve ser demonstrada nas “partilhas”, como sugere a fala da coordenadora quando abre espaço para as mulheres falarem: “Agora estão convidadas aquelas que queiram partilhas suas experiências de recuperação”.

Tanto nas “reuniões fechadas” quanto nas “abertas”, ainda que seja recorrente a fala das integrantes sobre seus sofrimentos, é comum, ao final da “partilha”, dizerem o quanto são agradecidas à “sala” por fornecer recursos para enxergarem seus problemas com mais clareza, e por hoje sofrerem menos que antes do ingresso. Falas como “essa sala é especial, é maravilhoso estar aqui e poder ouvir vocês”; “o remédio entra pelo ouvido e sai pela boca”, são recorrentemente evocadas.

Uma das integrantes que frequenta o grupo há mais de quinze anos, ao final de uma das reuniões, onde dei um depoimento emocionado, veio falar comigo com intuito de incentivar minha frequência nas “reuniões fechadas” e de se mostrar como um exemplo de “recuperação”. Entre outras coisas disse:

Tem muita gente que vem aqui e não se recupera nunca. Ficam naquele “lenga-lenga”, repetindo as mesmas histórias, os mesmos erros. Mas, eu consegui superar tudo depois que entrei aqui. Hoje sou bem melhor do que era antes de entrar nessa sala. Mas, temos que seguir os passos, temos que realmente querer se recuperar. O programa funciona, é só segui-lo!

Assim, o que sugere essa fala, bem como a fala das coordenadoras ao início das “partilhas” das “reuniões abertas” é de que há um controle do grupo sobre o sentimento de superação dos sofrimentos, já que são convidadas a darem depoimentos de

“recuperação”, bem como podem ser criticadas de algum modo, caso não demonstrem a referida “recuperação”, como visto na fala citada acima. Portanto, é comum ouvir durante as “partilhas” algumas integrantes se desculpando por terem tido uma “recaída”. Assim, frequentadoras antigas, são convidadas a “partilharem”, em grupos recém-abertos, suas conquistas almejadas através da inserção no MADA, para desse modo servirem de exemplo.

Com efeito, por conta da ‘liturgia’, e do incentivo e controle dos pronunciamentos serem acerca de experiências “saudáveis” e “positivas”, percebo certas forma de ‘asepsia do sofrimento’. Pois, não se tem a oportunidade de se aprofundar os relatos sobre as dores. Além de terem apenas três minutos para falarem, em cada bloco (contabilizando dois por reunião), entre uma partilha e outra está a ‘liturgia’, que prescreve condutas e pensamentos, de maneira a escutarem mais do que falam durante as reuniões. Desse modo, direcionam-se assim os próprios discursos de sofrimento, o que confere uma espécie de ‘asepsia da dor’. Portanto, a expressão da dor, em alguma medida, é emoldurada e regulada pelo grupo. A recorrente frase proferida pelas integrantes, mencionada acima, expressa o caráter pedagógico que me refiro: “O remédio entra pelos ouvidos e sai pela boca”, ou ainda “o remédio entra pelo ouvido e a doença sai pela boca”.

Assim, se “99% das mulheres são madas”, 99% delas precisam do grupo. Desse modo, há a tentativa de uma espécie de ‘conversão’ das mulheres que se aproximam do grupo. ‘Conversão’ essa que se relaciona aos processos de identificação com as “características de uma mulher que ama demais”, bem como com a identificação com os ditos processos de “recuperação”, os quais devem ser perseguidos pelas frequentadoras “novatas”, segundo o exemplo dado pelas mulheres já em processo “de recuperação”⁸². Tal proposta, seguida pelas frequentadoras do MADA, se encontra explicitado na seguinte passagem do livro de Norwood:

Um grupo de apoio formado por semelhantes não é uma reunião desestruturada de mulheres que falam de todas as coisas horrorosas que homens fizeram a elas, ou os infortúnios que a vida lhes preparou. O grupo é um espaço para se trabalhar em sua própria recuperação. É importante falar de traumas passados, mas, [não] (...) recontando a outros e a si mesma longas histórias repletas de “ele disse... e então eu falei...”, (...) Um bom grupo de apoio presta ajuda a todos que o freqüentam, e inclui alguns membros que conseguiram uma certa recuperação e são capazes de compartilhar com novatos sua experiência. (1985, p. 248)

⁸² Como a “doença” é considerada incurável, acredita-se não ser possível uma “recuperação” completa, portanto estariam constantemente “em recuperação”.

Tais experiências mencionadas podem ser concebidas como ‘processos de pedagogização’, os quais são incorporados com a frequência ao grupo. Como supracitado, tais ‘processos’ se dão mediante a dinâmica de reciprocidade, o que Godbout (1997) definiu por *dádiva*, bem como pelos ‘preceitos dos grupos’, que se definem por um corpo de normas e prescrições que, em combinação, ensejariam transformações nas subjetividades e nas práticas dos sujeitos.

2.14 O MADA e a *religiosidade secularizada*

Como já mencionado, as reuniões dos grupos MADA são realizadas em salas alugadas por igrejas, em geral, católicas, localizadas no interior de sua propriedade. Ainda que não exista um vínculo direto entre religião e os grupos, como já referido é parte do “programa de MADA” a crença em um “poder superior”, tal como cada integrante o conceberia. Desse modo, ainda que possa haver atitudes entre as integrantes, existe a crença de que em algum momento o “programa” levará essas mulheres – mediante a experiência vivida coletivamente, refletida em suas vidas - a conceber a existência de um “poder superior”.

Numa das conversas que tive com uma das integrantes, ela afirmou que colocar o problema nas mãos do “poder superior” é o primeiro passo para a “recuperação”, pois, segundo ela, “temos que entender que somos impotentes, e que não podemos fazer nada frente ao nosso problema. Somente com a ajuda ‘dele’ é possível se fortalecer”. Eu perguntei então sobre como as pessoas que não acreditam num “poder superior” poderiam dar o “primeiro passo”. Ela respondeu dizendo que a pessoa deveria desse modo colocar o grupo como a instância superior, pois o grupo, o “amadrinhamento”, as amizades que ali faziam, o “programa”, a “literatura”, eram “instrumentos de recuperação”. Ainda disse: “Estes instrumentos preenchem o vazio que temos dentro de nós. Essas reuniões são espirituais e isso nos fortalece. No final das contas, o programa nos leva ao poder superior de qualquer maneira”.

Assim, os grupos podem ser considerados espécies de coletividades espiritualizadas, onde falar e ouvir são práticas quase transcendentais, as quais regulam, nomeiam, amparam, conferem sentido e produzem identidades coletivas. Os grupos são espaços onde as mulheres ‘rogam’ pela supressão da dor. Muitas vezes, terminam suas “partilhas” dizendo: “Deixo isso na sala e peço que o poder superior me ajude”. Ou ainda: “Trago isso aqui e entrego para que as coisas melhorem”.

Portanto, elementos das *religiosidades seculares* (PIETTE, 1993) se encontram nos grupos MADA, que se definem pela dimensão religiosa, representada por traços de religiões existentes, emprestados e reinventados, tais como a crença num “poder superior”, o qual se expressaria na “consciência coletiva”, “orações” e pedidos para que o sofrimento seja minimizado, direcionados a tal “consciência”.

CAPÍTULO 3: O “amor patológico” e a configuração social de sua emergência

Para iluminar a reflexão sobre o principal objeto de estudo, a ‘rede MADA’, será introduzido o cenário mais amplo da patologização e ‘psiquiatrização do amor’, com o intuito de buscar compreender as condições de emergência e configurações atuais de tal patologização. Entretanto, mais a frente, irei me deter à descrição e análise dos campos de atuação e discursos brasileiros sobre o “amor patológico” não somente para iluminar a reflexão sobre a ‘rede’ mencionada, mas também para entrever as possíveis rupturas e continuidades entre “amar demais” e o “amor patológico”, compreendendo assim as especificidades da ‘rede MADA’.

O “amor patológico”, como já mencionado, surge como categoria psiquiátrica, no Brasil, entre 2004 e 2007, num esforço de pesquisa dos profissionais do AMITI (Ambulatório Integrado de Transtornos do Impulso) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). O AMITI se propõe tratar distintos “transtornos do impulso”. Entre eles estão: “Amor e Ciúme Patológicos”; “Cleptomania”, “Compras Compulsivas”; “Impulso Sexual Excessivo”; “Dependência de Internet”; “Jogo Patológico”; “Tricotilomania”; “Auto Mutilação” e “Transtorno Explosivo Intermitente”.

Os especialistas do AMITI definem impulsividade em seu site como:

um fenômeno primário de desinibição do comportamento caracterizado por atos realizados subitamente sem planejamento, ou sob a pressão de um desejo irreprimível, isto inclui perda de controle sobre comportamentos agressivos contra si próprio ou outrem, comportamento transgressivo e antissocial, comportamento errático por déficit de atenção ou instabilidade afetiva e as chamadas **compulsões químicas e não químicas (compras, comida, sexo, jogo, internet, etc.)** (Fonte: <http://amiti.com.br/impulsividade>, grifo meu)

No caso do “amor patológico” a definição específica se circunscreve ao “comportamento de prestar atenção e cuidados ao parceiro de maneira repetitiva e desprovida de controle em uma relação amorosa, sendo essa conduta prioritária para o indivíduo em detrimento de outros interesses antes valorizados” (BERTI, *et all*, p. 135, 2011). Tal definição encontra-se no artigo “Validação de escalas para avaliação do amor patológico”, escrito pelos profissionais que integram o AMITI, que entre eles estão psiquiatras e psicólogos.

O resultado das pesquisas destes profissionais se desdobra na implementação do setor de atendimento ao “Amor e Ciúme Patológicos”. Tais pesquisas se pautam na

produção científica internacional, a qual aciona as categorias “*lovesickness*” e “*love addiction*”⁸³, bem como livros de autoajuda (entre os quais está o livro “Mulheres que Amam Demais”). A produção dos integrantes do AMITI, sobre o “amor patológico”, encontrada até então, se circunscreve, como mencionado, a uma dissertação, da área da Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da USP, (“Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade”, 2008), escrita por Eglacy C. Sophia, atual coordenadora do setor de atendimento ao “Amor e Ciúme Patológicos”, e a dois artigos científicos publicados, respectivamente, na “Revista Brasileira de Psiquiatria” e “Revista de Psiquiatria Clínica”: “Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?” (2006) e “Validação de escalas para avaliação do amor patológico” (2011).

Já no campo científico internacional, não há menção ao livro de autoajuda “Mulheres que Amam Demais”, entretanto, as noções “*lovesickness*” e “*love-addiction*” aparecem como correspondentes às características do “amar demais” e “amor patológico”. Contudo, não existe consenso que promova a inserção da categoria no “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM). Entretanto, ainda que nenhuma dessas categorias referentes ao “amor” se encontre na revisão atual do DSM (V), é vista uma expectativa por tal inclusão, especialmente pela psiquiatria brasileira, como dá a entender a fala contextualizada do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Antônio Geraldo da Silva, pela matéria da Revista Época, (ago./2012) sobre o “amor patológico”:

O Amor Patológico ainda não é, oficialmente, uma doença mental. As dependências comportamentais estão entrando, progressivamente, no Manual de Estatística e Diagnóstico das Doenças Mentais, DSM. (...) Na próxima edição, que sairá ainda este ano, a compulsão por jogos será registrada. ‘Aos poucos, a coleção de registros e a existência de um padrão farão com que os transtornos sejam incluídos no Manual’, diz Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

(Fonte: <http://colunas.revistaepoca.globo.com/mulher7por7/2012/08/20/quando-o-amor-e-doenca-parte-1/>, Acesso em 05/07/2014).

Com efeito, há recentes estudos das áreas médicas e psicológicas, do cenário internacional, que discutem a “oficialização”, “métodos de avaliação” e “tratamento” do “*lovesickness*” ou “*love-addiction*”, bem como, mais recentemente, questões éticas relacionadas à circulação de psicofármacos produzidos para a “regulação química

⁸³ Por uma questão de recorte metodológico e temático, não irei aqui mencionar os artigos em que se pautam os ‘uspianos’. Entretanto, para aprofundamento do tema, toda a produção internacional, base dos artigos e dissertação brasileiros que acionarei aqui, se encontra na bibliografia destes.

cerebral” em casos de “dependência amorosa” (EARP, *et al*, 2013). Aventa-se assim a liberação do que estão nomeando por “*biotechnology anti-love*”, ou somente “*drugs love*” (à base de oxitocina e vasopressina)⁸⁴. Tais psicofármacos - o primeiro desenvolvido pela Universidade de Oxford e o segundo pela Universidade de Zurique - foram formulados com o intuito de intervirem nas reações químicas do cérebro relativas aos afetos.

Propõe-se o uso desses ‘psicofármacos do amor’, em circunstâncias, por exemplo, em que haja sofrimento intenso na relação amorosa. Nessa situação a *biotechnology anti-love*, inibidora do desejo sexual e do vínculo afetivo, deveria ser usada; em casos de relacionamentos em crise, por exemplo, em que se deseja manter a união afetiva, a *drugs love* poderia ser prescrita. Entretanto, todavia há uma discussão ética a respeito da liberação desses psicofármacos para a população em geral, o que, muito provavelmente, se resolverá em torno do desenvolvimento de regulamentos às suas prescrições, como acena Brian D. Earp (2013), pesquisador das neurociências da Universidade de Oxford. Assim, a manipulação química dos desejos e afetos, pode nos conduzir a uma compreensão das emoções como meros fenômenos bioquímicos.

3.1 O contexto da ‘psiquiatria do amor’

O que está sendo nomeado por ‘psiquiatria do amor’ se refere à categoria “amor patológico”, a qual se encontra no contexto do que Peter Conrad (2007) chamou de *medicalização da sociedade*. Segundo o autor, como mencionado, vivemos um progressivo processo de gerência, pela medicina, de aspectos da vida que tradicionalmente não estavam sob sua competência. Tal processo se expressaria na crescente *psicofarmacologização* (ABRAHAM, 2010) que se conforma no aumento de prescrições tais como a antidepressivos e tranquilizantes, configurando uma intensa gestão das emoções pelas novas ciências que se aliam à psiquiatria.

Assim, a ‘psiquiatria do amor’ encontra-se inserida num contexto de *rebiologização* da psiquiatria. Segundo a antropóloga Jane Russo (1999), no período do pós-guerra, a psiquiatria foi profundamente influenciada pela psicanálise, e

⁸⁴ Fontes: “*If I Could Just Stop Loving You: Anti-Love Biotechnology and the Ethics of a Chemical Breakup*” (EARP, *et al*, 2013); “*Natural selection, childrearing, and the ethics of marriage (and divorce): Building a case for the neuroenhancement of human relationships*” (EARP, *et al*, 2012); “*Could intranasal oxytocin be used to enhance relationships? Research imperatives, clinical policy, and ethical considerations*” (WUDARCZYK, *et al*, 2013).

contracultura, o que deu origem a duas vertentes hegemônicas na psiquiatria norte-americana, refletidas, mais tarde, na psiquiatria brasileira e na francesa, a saber: a psicanalítica e a anti-manicomial. Ambas vertentes morais da psiquiatria não eram em absoluto fisicalistas, ao contrário, possuíam perspectivas, respectivamente, psicológicas e psico-política-sociais da “perturbação mental”.

No entanto, num processo concomitante e silencioso, houve o que Russo (2006) chamou de *revolução silenciosa da psicofarmacologia*, fenômeno que a autora cita tendo como marco teórico o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico, que foi sucedido por antidepressivos, tranquilizantes, ansiolíticos, entre outros. Entretanto, até a revisão do DSM III, existia a convivência pacífica entre as vertentes hegemônicas (*morais*) da psiquiatria e a biológica (influenciada pela psicofarmacologia). Em 1970, com a terceira revisão do DSM houve uma ruptura de paradigmas, que se expressa na substituição de concepções psicossociais por perspectivas biologizantes⁸⁵. Esta ruptura está correlacionada ao intenso investimento da indústria farmacêutica em pesquisas neurobiológicas, tornando aliadas, psiquiatria, laboratórios e, portanto, indústria farmacêutica (AZIZE, 2008).

A ‘psiquiatrização do amor’ referida, ainda que, todavia não possua psicofármacos em circulação no mercado direcionados ao “amor patológico” ou ao “amar demais”, está vinculada à medicalização psicofarmacológica da “depressão” e “ansiedade”. Segundo os psicólogos e psiquiatras do AMITI o “amor patológico” é considerado, por alguns especialistas, – entre eles é citada a autora de “Mulheres que Amam Demais” (1985) – um “fenômeno decorrente de transtornos ansiosos e depressivos” (BERTI, *et al*, 2010, p. 56). Assim, é muito comum tanto no MADA quanto no “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia (segundo a coordenadora do serviço), encontrar mulheres que façam uso de antidepressivos e tranquilizantes.

Ainda que esses serviços de atendimento ao “amor patológico” se proponham atender mulheres e homens, não há registro, na Santa Casa da Misericórdia, da procura por homens pelo atendimento referente ao “amor patológico”. Segundo Vanilda M.

⁸⁵ Segundo Russo “o DSM III foi proclamado um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos. Fundamenta-se numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa *etiologia* dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes, *inferidos* pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa. Sob a radical ruptura terminológica, portanto, encontrava-se a ruptura também radical com uma certa teoria sobre os transtornos mentais. O pressuposto empiricista implicado em uma posição ‘a-teórica’, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental” (2006, p. 465).

Oliveira (2013) e Rogério Azize (2008) as mulheres apresentariam maior prevalência em diagnósticos de “transtorno mentais”, especialmente no tocante à depressão. Assim, Joana Zózimo (2011) defende que são as mulheres que continuam sendo lócus privilegiado das intervenções médicas, seja pela maior procura delas aos consultórios médicos e psicológicos, o que poderia estar associado à representação social da mulher ao longo do tempo como sendo mais frágil e mais sensível emocionalmente, seja por existir influências dessas representações nos diagnósticos médicos.

Com efeito, tanto no “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”, da Santa Casa da Misericórdia (RJ), quanto no “Ambulatório de Amor e Ciúme Patológicos” vinculado à USP, as mulheres são acolhidas não somente pelo atendimento psicológico, mas também pelo psiquiátrico. Com efeito, na única “reunião terapêutica” em que estive, na Santa Casa da Misericórdia, pude presenciar a menção, feita pela psicóloga coordenadora do serviço, à importância de haver acompanhamento psiquiátrico, pois uma das mulheres presentes deveria controlar o uso que fazia de psicofármacos.

3.2 O campo: sobre o atendimento ao “amor patológico”

Iniciei, desde janeiro de 2014, um diálogo com o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”, da Santa Casa da Misericórdia, mediado pela psicóloga e coordenadora voluntária do serviço, a qual me concedeu uma entrevista onde contou sobre as configurações e dinâmicas do atendimento. A psicóloga informou que o serviço atende cerca de quatro mulheres, entre as quais algumas frequentam o “MADA”⁸⁶. Apesar de o serviço ser aberto a homens e mulheres, como mencionado, somente mulheres procuraram o atendimento desde sua implementação, em 2012. Segundo a psicóloga, o Serviço não é divulgado institucionalmente, entretanto a maior difusão que recebeu foi na época de sua inauguração mediante reportagens em jornais, revistas, blogs e televisão.

A entrevistada também informou que o serviço é constituído por psicólogos voluntários que atuam diretamente na “triagem” e “tratamento terapêutico das pacientes”, o qual consiste em reuniões de grupo onde as “pacientes” são orientadas, entre outras coisas, a retomarem, ou iniciarem, “atividades saudáveis”, com o intuito de fortalecer a autoestima dessas mulheres. As reuniões são sempre acompanhadas por

⁸⁶ A entrevistada não soube precisar o número de mulheres que frequentam o MADA.

dois psicólogos voluntários, os quais podem se revezar, se necessário, entre os outros serviços que atendem distintos “transtornos do impulso”⁸⁷. Todos os casos são encaminhados para o atendimento psiquiátrico com intuito de complementação do diagnóstico, para que, caso seja considerada necessária, haja a prescrição de medicação psicofarmacológica.

O grupo de profissionais voluntários, já formados, que atende às “pacientes”, é supervisionado e orientado por psicólogos e psiquiatras, vinculados a cargos efetivos da Santa Casa da Misericórdia. Portanto, toda demanda externa e relatos do funcionamento do serviço devem ser apresentados nas “reuniões da equipe”. Assim, para uma primeira conversa com os profissionais do “atendimento ao amor patológico” ser possível, foi necessária a autorização, dada em reunião, pelos “supervisores da equipe”, o que possibilitou a entrevista com a psicóloga e coordenadora voluntária do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico”, a participação em uma “reunião terapêutica”, bem como a sugestão, em substituição a uma entrevista proposta por mim, da elaboração de um “questionário”, enviado por e-mail, a ser respondido pela psicóloga que acompanhou o processo de implementação do serviço, o qual foi devidamente enviado, mas não respondido.

Na entrevista com a coordenadora do atendimento ao “amor patológico”, além das informações já relatadas sobre a estrutura do serviço, pude perceber que a entrevistada se prendia às categorias e definições dos textos produzidos pelos profissionais do AMITI para falar a respeito do perfil das “pacientes” e de suas características⁸⁸. Tal constatação pode ser compreendida como um intenso controle, por parte da equipe, e receio de possíveis publicações que comprometessem e provocassem polêmicas sobre o serviço. Para além de tal constatação a coordenadora não havia acompanhado a implementação do atendimento, tampouco detinha conhecimento a respeito dos processos da realização. Portanto, solicitei a entrevista com a supervisora da equipe, a qual teria participado ativamente da implementação. Meu intuito, como mencionado, era de compreender as motivações, influências e dinâmicas da realização do atendimento em questão. No entanto, não obtive resposta ao questionário sugerido pela equipe e enviado à supervisora.

⁸⁷ “Compras compulsivas”; “jogo compulsivo”; “internet compulsiva”; “dependência química”.

⁸⁸ A entrevistada, coordenadora do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” informou que para o ingresso na atividade teve que ler as publicações dos profissionais do AMITI sobre o “amor patológico” para assim poder atuar segundo as classificações e parâmetros para o diagnóstico do “transtorno” em questão encontrados nessas publicações.

Na “reunião terapêutica” que presenciei, no final de março de 2014, somente três mulheres participaram. A coordenadora explicou que o baixo número de mulheres presentes era devido à greve pela qual a Santa Casa da Misericórdia havia passado, em outubro de 2013, de modo que as oito mulheres que frequentavam as reuniões no ano de 2013, caíram para quatro.

A reunião com duração de duas horas é permeada por relatos e intervenções dos psicólogos. Nessa ocasião, se encontravam dois psicólogos, a saber: a coordenadora que me concedeu a entrevista e um psicólogo também voluntário. Este último, integrante da equipe, ao início e final da reunião enfatizou o quanto seria importante a minha pesquisa, já que divulgaria o trabalho do grupo de atendimento ao “amor patológico”, o qual é precursor na cidade do Rio de Janeiro. Também justificou a trabalho voluntariado, dizendo que seria importante para seu currículo, dada a atividade pioneira e emergente.

Durante a reunião ambos psicólogos revezavam as intervenções. As intervenções que mais me chamaram atenção foram as reiterações das características dos sujeitos que sofreriam de “amor patológico”. Assim, foi recorrente falas como “esse comportamento de se preocuparem mais com os outros do que consigo é comum entre vocês”, ou ainda “isso já vimos semana passada, isso acontece muito com vocês, portanto devem refletir mais sobre seus atos”, etc. O que nos oferece uma interpretação, como no caso do MADA, resguardando a especificidade da dinâmica de cada reunião, referente ao que chamei de ‘processos de pedagogização’.

É importante ressaltar que - diferentemente do caso MADA, onde é recorrentemente enfatizado que o que se ouve ali, não deve dali sair - nas conversas que travei com a coordenadora do atendimento da Santa Casa, em momento algum me foi advertido que não poderia utilizar em meu trabalho as falas produzidas no interior da reunião que presenciei. Portanto, fiz uso desse material sem, contudo, expor informações pessoais que possam identificar as mulheres presentes na reunião.

3.3 Características do “amor patológico” e as continuidades e sutis descontinuidades entre o “amar demais”

Como vimos, nos grupos MADA o ingresso se refere à adesão espontânea da “identidade mada”. Entretanto, no site oficial do MADA, como dito, existem doze

perguntas⁸⁹, as quais, caso uma mulher responda afirmativamente a três delas, pode se considerar uma “mulher que ama demais”. Ainda que nas reuniões em que estive não tenha presenciado a sugestão da auto-aplicação deste questionário, podemos concebê-lo como um instrumento, ou seja, um ‘teste’, que os grupos detêm para as mulheres se convencerem, ou não, de que são “madas”.

Obviamente a produção do AMITI, que objetivou legimitar o “amor patológico” como um “transtorno psiquiátrico”, buscou ferramentas mais complexas para diagnosticar o referido “transtorno”. Segundo os autores do AMITI (BERTI, *et al*, 2011), a partir da década de 1960, houve uma imposição da área médica do uso padronizado de “instrumentos” para a efetivação de diagnósticos clínicos. Portanto, tais profissionais, através do artigo “Validação de escalas para avaliação do amor patológico” (BERTI, *et al*, 2011), buscaram “validar para o português três dos instrumentos utilizados em pesquisas relacionadas ao amor patológico” (p. 135), são eles: 1) “*Love Attitudes Scale*”⁹⁰ (Escala de Atitudes do Amor); 2) “*Relationship Assessment Scale*”⁹¹ (Escala de Avaliação do Relacionamento)” e 3) “*Adult Attachment Types*”⁹² (Tipos de Apego do Adulto)”.

O intuito da tradução para o português desses “instrumentos” foi de poderem ser acionados no Brasil de forma a padronizarem a avaliação dos “pacientes” através de entrevistas. Segundo a coordenadora do atendimento ao “amor patológico” “estes instrumentos são usados em grande medida na avaliação das pacientes” da Santa Casa. O primeiro indicaria, segundo os autores, o “estilo predominante do indivíduo”, vinculado ao modo como inicia e mantém seus relacionamentos amorosos. Tal “Escala de atitude de Amor” está dividida em vinte e quatro características que, por sua vez, são divididas em seis “estilos de amor”⁹³. A segunda “escala” utilizada, de “Avaliação do Relacionamento”, avaliaria a “satisfação dos relacionamentos” e, segundo os autores,

⁸⁹ Anexo I

⁹⁰ “Hendrick C, Hendrick SS, Dicke A. The Love Attitude Scale: short form. J Soc Pers Rel. 1998;15:147-59”. (nota do artigo citado).

⁹¹ “Hendrick SS. A generic measure of relationship satisfaction. J Marriage Fam. 1988;50:93-8. 16. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987;52:511-24”. (nota do artigo citado).

⁹² “Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987;52:511-24”. (nota do artigo citado)

⁹³ “**Eros** (...) atração física; comprometimento mútuo; seguro; não inclui possessividade), **Ludus** (...) sedução; liberdade sexual; encara o amor como um jogo), **Estorge** (...)afinidade; surge, geralmente, a partir de uma longa amizade), **Pragma** (...) avaliação dos pretendentes antes de se envolver; encara o amor como uma questão prática), **Mania** (...)obsessão; ciúme; indivíduo se sente forçado a atrair continuamente a atenção do parceiro) e **Ágape** (...) proteção e cuidado; apoio incondicional; altruísmo)” (p. 135).

teria “boa validade preditiva, distinguindo os casais que permanecem unidos daqueles que rompem” (p.135). A última “escala” diz respeito aos “Tipos de Apego do Adulto”, distinguidos em três “tipos”, os quais valem citar na íntegra:

representam tipos de apego do indivíduo em relação ao parceiro, baseando-se no apego materno vivenciado na infância. (...) **apego seguro** (mãe disponível às necessidades da criança: indivíduo apto a vivenciar um amor saudável), **apego ansioso com evitação** (rejeição da mãe quando o indivíduo a procurava para obter proteção: indivíduo tenta viver de maneira autossuficiente) e **apego ansioso/resistente ou ambivalente** (mãe esteve disponível em algumas situações e não em outras: indivíduo sofre de ansiedade de separação na vida adulta). (BERTI, *et al*, 2011, p. 135, grifo meu)

Desse modo, o corpo técnico referido avalia grupos de indivíduos de maneira a padronizá-los. Ainda que a psique, no caso das *perturbações mentais*, tenha preeminência sobre o corpo, o que caracterizaria valores culturais das sociedades ocidentais modernas, como defende Duarte (2004) - onde o indivíduo é pensado como autônomo, livre e igual, pelos campos médicos - a nosografia tende a padronizar, atentando, tal feito, para uma concepção não *qualitativa* e sim *quantitativa* dos sujeitos, nos termos de Simmel (1971), ainda que produza identidades *qualitativas*⁹⁴.

Com relação ao último “instrumento” citado, de avaliação do “amor patológico”, fica evidente a construção patológica de maneira relacional e moral, dada a consideração a respeito dos cuidados da mãe, bem como a explícita responsabilização da mulher, enquanto mãe, pelo desenvolvimento do “transtorno”, bem como a omissão à paternidade. Assim, tal passagem patenteia a ‘dupla responsabilização’ das mulheres, já mencionada, qual seja: responsabilização por produzir sujeitos “saudáveis” ou “doentes” e a responsabilização por produzir famílias “saudáveis” ou “doentes”, já que tenderia a, mais que o homem, “sofrer por amor”, e, portanto, seria a principal protagonista dos “relacionamentos patológicos”, pois os homens tenderiam a desenvolver patologias não vinculadas aos relacionamentos amorosos, mas sim, a atividades externas. Tal consideração, sobre as tendências patológicas entre homens e

⁹⁴ Me refiro a identidade *qualitativa*, lançando mão do conceito simmeliano de *individualismo qualitativo*, que se refere, entre outras coisas, à construção de individualidades pautadas na autenticidade. Desse modo, a auto-designação vinculada ao “amor patológico” ou ao “amar demais” contribuiria para a composição de individualidades - através da adesão a diferentes identidades de grupo, por exemplo - alicerçadas na ideia de autenticidade, já que compõe a produção de uma identidade diferenciada. No caso da concepção *quantitativa*, referente à produção do diagnóstico mencionado, é inspirada na noção também simmeliana de *individualismo quantitativo*, o qual se refere a indivíduos iguais e abstratos, portadores de uma mesma ‘substância ontológica’, por assim dizer.

mulheres do artigo “Amor patológico: Um novo transtorno psiquiátrico?”, é pautada no livro de Norwood (1985):

Devido a características culturais facilitadoras, parece que **o AP é particularmente prevalente na população feminina**. A tendência em se tornar, nos termos utilizados pelas pessoas que sofrem com o problema, obcecada”ou“viciada pelo parceiro, em viver pelo outro, esperando que ele dê significado à sua vida, costuma ser mais referida pelas mulheres, uma vez que, em geral, elas consideram a relação a dois como prioridade em sua vida. Este fato foi confirmado em pesquisa recentemente publicada sobre os comportamentos associados com o amor, onde o autor concluiu que, na atualidade, as mulheres ainda dão maior ênfase aos comportamentos amorosos (...). Os homens, por sua vez, são pouco representados nos grupos de auto-ajuda para AP, cuja própria denominação parece que os exclui: Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA) (...) Além dessa baixa demanda na **população masculina**, mesmo para aqueles que vivenciaram o **mesmo padrão familiar** (...), parece ser mais comum - e até esperado em nossa cultura - **a vinculação patológica com atividades mais externas e impessoais, como jogo, trabalho, esportes ou hobbies** do que com amor, mais interno e pessoal (SOPHIA, *et al*, 2006, s/n, grifo meu).

Ao contrário de Norwood (1985), em Mulheres que Amam Demais, os ‘uspianos’ não consideram marcadores biológicos como deflagradores do “transtorno”. Ao contrário, enfatizam a existência de “características culturais facilitadoras” para o desenvolvimento do “amor patológico”. Além de destacarem que o diagnóstico dos “transtornos psiquiátricos”, em geral, “é feito com base em sintomas e síndromes clínicas, visto que não existem, até o momento, marcadores biológicos” (BERTI, *et al*, 2011, p.135), por isso a justificativa da necessidade de criarem “critérios objetivos” para avaliação dos “transtornos”.

A “predisposição ao transtorno” então está ancorada supostamente em experiências culturais e familiares, portanto, relacionais e morais. Segundo Duarte (2003), como vimos, há, pelos setores biomédicos, uma separação que nos remete à tradição cartesiana, entre corpo e espírito/alma/mente/moralidade, sendo que na contemporaneidade, as noções de espírito/alma/mente/moralidade foram substituídas, em caso de *perturbações*, pela dimensão *psicológica* que ganhou preeminência sobre o corpo. Entretanto, o autor concebe que as *perturbações* se desenvolvem na fronteira entre o *moral* e *psicológico*, a última noção o autor define como uma “expressão nativa preferencial dos portadores das representações modernas individualizantes” (p. 177).

Duarte (2003) defende que, em nossa cultura não há a possibilidade de vivenciar *perturbações* exclusivamente *morais*, de modo que a corporalidade acaba comprometida nessa vivência. Portanto, em consonância com o autor, defendendo que há uma relação

direta entre moralidade e corpo, já que o corpo é recorrentemente acionado para pensar as consequências do “amor patológico” ou de seu “tratamento”. O qual, por exemplo, quando em estágio de “reestabelecimento da proteção interna”⁹⁵, incide na autoestima, que por sua vez se expressa nos cuidados da mulher sobre seu corpo.

No caso do “amar demais”, como mencionado, Norwood (1985) enfatiza que os médicos tem resistência em diagnosticá-lo como “doença”, já que em seu estágio inicial não se manifesta no corpo. Entretanto, vemos que os profissionais do AMITI buscam legitimar o “amor patológico” como um “transtorno” - categoria essa que substitui as chamadas “doenças mentais” – o qual seria nocivo tanto para o corpo do sujeito quanto para as relações sociais, como vemos abaixo, na definição que fazem de “transtorno do impulso”, a qual abarca o “amor patológico”:

consideramos a impulsividade como um fenômeno primário de desinibição do comportamento caracterizado por **atos realizados subitamente** sem planejamento, ou sob a pressão de um **desejo irreprimível**, isto inclui **perda de controle sobre comportamentos agressivos contra si próprio ou outrem, comportamento transgressivo e anti-social**, comportamento errático por déficit de atenção ou instabilidade afetiva e as chamadas compulsões químicas e não químicas (compras, comida, sexo, jogo, internet, etc.). (fonte: <http://amiti.com.br/impulsividade> , Acesso em 27/02/2015, grifo meu).

Como vimos, segundo os autores do AMITI, o “amor patológico” pode se associar a outros “transtornos psiquiátricos”, como “depressão”, “ansiedade”, ou “personalidade vulnerável”. As características do “transtorno” relativo à “personalidade vulnerável” não se encontram na bibliografia dos ‘uspianos’, entretanto, no site oficial do AMITI, é salientada a “maior vulnerabilidade” de alguns indivíduos ao desenvolvimento de “transtornos do impulso”, em resposta ao entorno cultural, entre os quais está o “amor patológico”:

não podemos ignorar que vivemos numa época em que a demanda por performance sempre melhor é uma fonte contínua de estresse, concomitante com uma oferta sempre crescente de produtos, bens de consumo e serviços, numa multiplicidade de estímulos que nos chegam por telecomunicação, mundo digital, etc... Sob este bombardeio é quase impossível não perder o foco e às vezes apresentarmos reações impulsivas. Os **indivíduos mais vulneráveis** acabarão por recorrer ao clínico que deve estar capacitado a responder a esta demanda (Fonte: <http://amiti.com.br/impulsividade>, Acesso em 27/02/2015).

⁹⁵ Sobre o tratamento do “amor patológico” os ‘uspianos’ indicam, entre outras coisas: “A associação de psicoterapia com grupos de ajuda mútua (...): o grupo costuma propiciar proteção e acolhimento (externos) até que a adequada assistência médica e psicoterápica restabeleça a proteção interna” (SOPHIA, *et al*, 2006, s/n).

Ainda que os autores do AMITI (2011) não concebiam a instância biológica como determinante para a causa do “transtorno”, a concepção da existência de “indivíduos mais vulneráveis” - os quais podem estar relacionados a “transtornos depressivos e ansiosos primários, (...) fatores familiares” (p.135), etc. – nos remete, como já mencionado no caso do “amar demais”, à noção do século XIX de degenerescência. Somente no sentido de que, mesmo a “degenerescência” sendo considerada herdada biologicamente, existia a crença - protagonizada por uma vertente médico-antropológica que articulava duas abordagens médicas, uma que defendia o “biodeterminismo” e a outra o “livre-arbítrio” - segundo Carrara (1992), na possibilidade dos “degenerados” controlarem, em alguma medida, sua degeneração através do livre-arbítrio.

Portanto, ainda que a psiquiatria contemporânea esteja num contexto biologicista/fisicalista, onde há a contínua intervenção das reações químicas do “cérebro” (RUSSO, 2004; AZIZE, 2008; RABINOW, 2006), as causalidades das *perturbações* hereditárias, no caso dos profissionais do AMITI, foram substituídas por causalidades sociais, culturais, familiares e morais⁹⁶. Entretanto, para além das causalidades, tal como os “degenerados” concebidos por parte da medicina do século XIX, os “indivíduos mais vulneráveis” aos “transtornos do impulso”, num esforço assistido por profissionais, devem controlar os ‘males’ de que sofrem.

3.4 A demanda pelo controle das condutas e emoções

Foucault (2011), ao fazer uma análise a respeito do *cuidado de si* na Antiga Grécia, concebido como *arte da existência*, buscou lançar luz sobre tal cuidado na contemporaneidade, o qual teria se tornado, segundo o autor, uma *verdadeira cultura de si*, ou seja, um imperativo social que constrói subjetividades e se institucionaliza:

é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas, (...) desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber

⁹⁶ Posso afirmar essa substituição somente no caso dos profissionais do AMITI, entre eles psicólogos e psiquiatras, que tratam o “amor patológico”, já que se trata de parte do meu objeto de estudo.

Desse modo, é possível compreender as práticas terapêuticas vinculadas ao “amor patológico”, bem como as técnicas apreendidas no interior dos grupos MADA, como maneiras dos sujeitos *cuidarem de si*, evidenciando assim tal imperativo social, o qual pressupõe manejos técnicos aprendidos, para um almejado autocontrole do comportamento e das emoções.

Com efeito, ao longo da “reunião terapêutica” do “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa, da qual participei, ouvi recorrentemente a coordenadora do serviço enfatizar a necessidade de aquelas mulheres presentes “racionalizarem” e “refletirem sobre suas ações” a fim de evitarem “atos impulsivos”, como por exemplo, a “repetição de experiências de sofrimento”.

Gonzalez (2012), pesquisadora dos grupos MADA da cidade do Rio de Janeiro, considera que há, através da “literatura MADA” prescritiva, e mesmo na concepção das frequentadoras sobre sua condição de “mada”, um enaltecimento do *valor do vínculo* (GODBOUT, 1992), o qual é traduzido por uma espécie de quantificação inexata das trocas de afeto. Portanto, a “autoestima” e “autovalor” prescritos se expressariam no gerenciamento de tais trocas, de forma a serem transformadas em intercambialidades afetivas equitativas, se configurando uma espécie de ‘economia afetiva’.

Ainda que a autora se refira aos grupos MADA, foi possível ouvir narrativas que ilustram essa ‘economia afetiva’ na “reunião terapêutica” da Santa Casa. Duas das três mulheres que estavam na reunião fizeram menção à experiência que vivenciam ou vivenciaram da prática do intercuro sexual para agradar o parceiro, amigo ou amante, e o quanto se doar dessa maneira tinha sido custoso para elas. Consecutivamente comentários sobre as características dos sujeitos que sofreriam de “amor patológico”, bem como das “mulheres que amam demais” (acionada por uma mulher que se disse frequentadora do MADA), vieram à tona.

Comentários, tanto da psicóloga, quanto das “pacientes”, se referiam à “doação desmedida”; à “incapacidade de dar limites”; à “alta dedicação a amigos e parentes”, etc. E, desse modo, emergiu a ideia de que necessitam controlar essa capacidade de “doação desmedida”, ou seja, a doação deve ser equalizada na medida do retorno afetivo do outro. Com efeito, podemos compreender tal ‘economias dos afetos’, ou melhor, os comportamentos considerados “saudáveis” ou “patológicos” como uma diferença de grau, e de um ‘quatum moral’ que deve ser alcançado como modo de aproximação da *normalidade*.

Todas as três mulheres mencionaram não possuir relacionamento estável, mas desejá-lo, e, portanto, narraram as experiências frustrantes de tal desejo. Duas delas fizeram referência a relacionamentos estáveis do passado, e a momentos de felicidade junto aos parceiros da época. Portanto, o que pode ser concebido, tal como no caso das “madas”, é a evidência da busca por uma ‘realização amorosa plena’. Entretanto, estariam elas em momentos específicos de suas vidas de ‘não-realização’, o que lhes confere sentimentos de “vazio”, “solidão” e “insatisfação”.

A frequentadora do MADA, presente na “reunião terapêutica”, fez menção, num tom repreensivo, ao MADA, dizendo que lá elas encontram escritas todas as “características de uma mulher que ama demais”, no entanto ninguém falava do “vazio e solidão inenarráveis”. Entretanto, seguiu dizendo que, mesmo se considerando uma “mada”, por se dedicar em grande medida aos seus amigos e familiares, ela não fazia parte de uma “família desajustada”, já que teve pais maravilhosos que deram tudo a ela.

Desse modo, vemos concretamente conceitos correlatos serem acionados tanto no MADA quanto na “reunião terapêutica” que presenciei. Vale ressaltar que em momento algum nenhum dos dois psicólogos pareceram preocupados com a distinção das categorias “mada” e “amor patológico”, ao contrário, concordaram com todas as analogias acionadas.

Como advoga Duarte (2003) as *perturbações físico-morais* se definem pelas “condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação” (2003, p. 177). Considerando o “amor patológico”, bem como o “amar demais”, como uma *perturbação físico-moral* é importante pressupor determinadas configurações sociais que movem os sujeitos a se auto-conceberem como “patológicos”, o que lhes confere uma ‘identidade performativa’, criando novas situações através das quais passam a se compreender, como defende Vladimir Safatle (2013).

Sophia (2008), em sua dissertação, “Amor Patológico: Aspectos Clínicos e de Personalidade”, logo na introdução, conta que o interesse em pesquisar e buscar “validação para escalas de avaliação” do que o AMITI veio a chamar de “amor patológico”, foi sua experiência como colaboradora no “Ambulatório do Jogo Patológico”, do AMITI, que a fez conhecer uma familiar de um “paciente” de tal “Ambulatório”, a qual, segundo ela, teria lançado um “pedido de ajuda”, através de tal relato: “há mais de vinte anos eu sou dependente do meu parceiro; sei que ele não é bom

pra mim, tem outras mulheres, mas não consigo me libertar” (2008, p.1). A partir de então, conta Sophia, passaram a entrevistar outras pessoas com queixas similares, bem como iniciaram pesquisas sobre o tema.

Desse modo, tal como consta no fragmento retirado do site do AMITI, o qual define “impulsividade”, os “indivíduos mais vulneráveis acabarão por recorrer ao clínico que deve estar capacitado a responder a esta demanda”⁹⁷. Assim, enfatizam a demanda por conta dos sujeitos, os quais se auto-conceberiam “portadores” de comportamentos desviantes.

Tal compreensão a respeito de algumas mulheres se auto-conceberem como “mulheres que amam demais” ou “portadoras” do “amor patológico”, converge com a intensificação da divulgação de discursos médicos e populares - através de revistas, internet, jornais, telenovelas, livros de autoajuda, etc. - numa tentativa de estabelecimento dos limites entre comportamento normal e desviante. Aqui citarei alguns exemplos: Em 2003, a rede brasileira de televisão, GLOBO, apresentou a novela “Mulheres Apaixonadas”, onde uma de suas protagonistas passou a frequentar um dos grupos MADA, pois sofria de “ciúme excessivo” por seu cônjuge. Tal exibição parece ter provocado uma insuflação nos grupos, o que pude inferir, em uma das reuniões em que estive, através de um comentário de desaprovação de uma das frequentadoras do MADA sobre a telenovela passada, dizendo que depois da exibição os grupos inflaram, além de ter sido divulgada uma concepção equivocada do “programa” e das “características de uma mulher que ama demais”.

Ainda em 2003, o website “Observatório da Imprensa”⁹⁸ publicou sobre o faturamento editorial multiplicado de uma editora brasileira, o grupo Siciliano, o qual teria lançado uma edição especial do livro de Norwood, “Mulheres que Amam Demais”, passando a vender de trezentos exemplares por mês a dois mil após a repercussão da telenovela. Além de aumentarem a publicação referente a “dependências amorosas”, segundo o mesmo meio, houve o aumento de implementações de grupos MADA.

Em 2008, Marília Gabriela, apresentadora de um programa do SBT, escreveu “Eu que amo tanto”, publicado pela editora Rocco, um livro baseado em entrevistas que obteve de frequentadoras do MADA. Inspirada nele, em 2014, foi exibida uma série, homônima do livro, no Fantástico, revista televisiva da rede GLOBO, apresentada aos domingos.

⁹⁷ Fonte: <http://amiti.com.br/impulsividade>, Acesso em 27/02/2015.

⁹⁸ <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/asp16092003993.htm>, Acesso em 27/02/2015.

No mesmo ano, 2014, foi publicada na “Revista Isto é”, tanto impressa quanto virtual⁹⁹, uma matéria intitulada “O amor pode ter cura”. Tal matéria é baseada em pesquisas neurocientíficas, já mencionadas, que buscam compreender as dinâmicas cerebrais que produziriam o sentimento de “amor”, bem como psicofármacos que possam regular tal sentimento. Entre os pesquisadores entrevistados pela revista está Brian Earp da *University of Oxford*, o qual trava uma discussão a respeito dos limites éticos da utilização do que chamou de *biotechnology anti-love*. Na matéria foram destacadas afirmações tais como: “A neurociência está nos apresentando um entendimento novo de amor” (Brian Earp, Universidade de Oxford); “Teoricamente, drogas poderão ser dadas às pessoas para manipular seu amor por seus companheiros” (Larry Young, Universidade de Emory); “Se tomarmos uma pílula a cada vez que uma relação não der certo, nunca aprenderemos a nos tornar pessoas melhores (Neil McArthur, Universidade de Manitoba); “Estudiosa do Cérebro Helen [Fisher], acha possível apagar a lembrança do sentimento”; “Biotecnologia antiamor: De acordo com os pesquisadores da Universidade de Oxford, é possível interromper a progressão do sentimento em suas diferentes etapas”.

Ainda que a matéria não tenha especificado o alvo privilegiado do gênero dos sujeitos para ao consumo dos possíveis ‘psicofármacos do amor’, é possível encontrar fotos de mulheres que estariam sofrendo e algumas passagens que vinculam o uso ao gênero feminino:

A professora Kristina Gupta, da Universidade Georgetown (Eua), foi uma delas. Estudiosa da sexualidade humana, ela vê benefícios na aplicação de tecnologias para aplacar o sentimento. “Acho válido em alguns casos, como para alguém que quer terminar uma relação com um marido violento” (Fonte: http://www.istoe.com.br/reportagens/356120_O+AMOR+PODE+TER+CURA, Acesso em 28/02/2015).

Ainda nesta matéria fazem referência ao “amor patológico” e aos serviços, de atendimento ao “transtorno”, da Santa Casa e do AMITI.

Ao final da “reunião terapêutica”, a qual presenciei na Santa Casa, uma das mulheres presentes comentou que havia tomado conhecimento da matéria da “Isto é” sobre a “cura do amor”, mas que, todavia não a tinha lido, e que seria interessante a existência de psicofármacos que sanassem as “dores do amor”. Os psicólogos presentes não tinham conhecimento da matéria. Como eu já a havia lido, em seu formato virtual, e como a reunião estava encerrada, tive a iniciativa de dizer que tinha ciência da matéria.

⁹⁹http://www.istoe.com.br/reportagens/356120_O+AMOR+PODE+TER+CURA, Acesso em 27/02/2015.

A psicóloga prontamente me pediu então que eu a enviasse por e-mail para ela repassar para as “pacientes”, de modo que atendi seu pedido.

O que quero dizer com essas citações é que existe toda uma sedimentação cultural sobre os papéis e supostas características próprias a cada gênero (BUTLER, 2010; ROHDEN, 2008; CITELLI, 2001; RINALDI, 2004). E que no caso do gênero feminino essa sedimentação é em profusão difundida através dos meios de comunicação. Somado a isso, a intensificação das tentativas de regulação das emoções e afetos (CONDÉ, 2011; FERREIRA, 2012) - as quais produzem concepções de normalidade e desvio (FOUCAULT, 2001), através de uma racionalização da conduta segundo valores modernos (autonomia, liberdade e igualdade) (DUARTE, 1986) - recaem de maneira particular sobre o gênero feminino, de modo a contribuir com a auto-representação e constituição de demandas determinadas desse público.

A mulher é representada, ao longo da história do Ocidente, como ‘sujeito do amor’, não por acaso as deusas romana e grega, respectivamente, Vênus e Afrodite, representação do amor, da beleza e do erotismo, são mulheres. Portanto, tal sujeito é conclamado a gerir o “amor”, a reproduzir e manter seus relacionamentos amorosos em circunstâncias ideais. As ‘circunstâncias’ na modernidade são tratadas como saudáveis ou patológicas, as quais devem ser reguladas segundo os ideais e valores de nossa época. Caso os sujeitos responsáveis por gerir o “amor” não o façam de acordo com tais valores, são passíveis de se considerarem patológicos, de serem patologizados e, nesse caso, psicoterapeutizados e psicofarmacologizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das dinâmicas e preceitos dos grupos MADA, bem como seus interlocutores, o setor de atendimento e pesquisa do “Amor Patológico” do AMITI e o “Serviço de Atendimento ao Amor Patológico” da Santa Casa da Misericórdia, apontaram algumas questões principais.

A primeira ênfase a ser dada é a respeito do que chamei de ‘processos de pedagogização’ e ‘conversão’ produzidos no interior dos grupos MADA analisados. Tais processos foram evidenciados especialmente no tocante a minha presença, dada a reiteração de convites que recebi para me tornar membro, tal como na ênfase dada sobre a importância da apreensão, por todas as frequentadoras, da literatura prescritiva. Tais

‘processos de pedagogização’ e ‘conversão’ mostraram se situar a partir da crença de que todas as mulheres são “mulheres que amam demais” em potencial.

Outro ponto relevante a ser ressaltado sobre os grupos MADA é o caráter ‘espiritualista’ que se traduz na crença em uma “consciência coletiva” *holista* que estaria presente na constituição e nas dinâmicas de *dádiva* do grupo, onde tudo é considerado determinado por ela, ou seja, por um “poder superior” que se expressaria em tal “consciência coletiva”. Assim, a crença neste “poder” é um imperativo, já que o “programa de MADA” é considerado “espiritual”. Portanto, conceber a existência dessa instância espiritualizada faria parte dos ‘processos de pedagogização’ supramencionados. Tal ‘pedagogia’ contribuiria assim para a constituição de subjetividades responsáveis pela racionalização da conduta e das emoções, reguladas por um ‘quantum moral’ e grau a serem alcançados, os quais se aproximariam de concepções de normalidade.

Com efeito, o alcance prescrito da “autonomia”, a qual faria parte dos processos de “recuperação” almejados, se mostrou uma ‘autonomia instrumentalizada’, dada a ênfase que as frequentadoras dão, bem como pela “literatura” utilizada, na busca por desejarem e se tornarem mais atrativas a homens considerados “adequados” através da dita “recuperação”. A caracterização de tais homens pode ser compreendida, entre outras coisas, por um comportamento amoroso que se traduz na retribuição do afeto na mesma medida da de sua parceira, medida esta que deve ser equalizada, racionalizada e, portanto, se tornar “adequada”.

Em relação à produção bibliográfica dos profissionais do AMITI e os serviços de atendimento ao “amor patológico”, aqui analisados, pude constatar a circulação de categorias e compreensões correlatadas entre estes e os grupos MADA. Entretanto, os setores psiquiátricos, vinculados à categoria “amor patológico”, em busca de legitimar o suposto transtorno, no campo científico, definem testes de determinada complexidade para o diagnóstico, os quais produzem a compreensão de individualidades *quantitativas*, já que elaboram diagnósticos padronizados (ainda que confirmem a possibilidade de construção de uma identidade *qualitativa*). Assim, o gênero feminino foi concebido como elemento primordial no diagnóstico, dada a generificação das patologias. O que é visto tanto nos grupos MADA quanto nos setores psiquiátricos que tratam o “amor patológico”.

Concebi, enquanto “doença” ou “transtorno”, o “amor patológico” ou “amar demais”, como uma representação das *perturbações físico-morais* (DUARTE, 2003), no

sentido de que corpo, moralidade, espírito¹⁰⁰ e emoção estão imbricados, sendo considerados, um “transtorno” ou “doença” de causalidades relacionais: sociais, culturais, familiares e morais.

Por fim, saliento que a ‘patologização do amor’, e das mulheres que vivenciariam tal ‘amor desmedido’, se vincula às condutas desviantes dos ideais e valores modernos (autonomia, igualdade e liberdade), os quais foram disseminados, em se tratando do gênero feminino, através dos movimentos das mulheres e feministas. Portanto, o comportamento que não contemple tais valores, é passível de ser patologizado.

Entretanto, as mulheres são alvo privilegiado da ‘patologização do amor’, já que são vinculadas a ele ao longo dos tempos. Assim, a ‘má gerência’ dos cuidados com a prole e dos relacionamentos amorosos recai especialmente sobre a mulher. Portanto, como supramencionado, a correção de tais comportamentos desviantes, no caso do “amar demais” e “amor patológico”, estão não somente ligados aos valores modernos, mas também a uma ‘instrumentalização’ de tais ideais, já que seriam eles que contribuiriam para a produção e reprodução de famílias consideradas saudáveis.

¹⁰⁰ No caso dos grupos MADA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, v. 44, n. 4, p. 603-622, 2010.

ARIÈS, Philippe. O amor no casamento. In: VELHO, Gilberto; FIGUEIRA, Sérvulo. *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/50592823/Philippe-Aries-Casamento-e-Familia>. Acesso em 05/03/2014.

AZIZE, Rogerio Lopes. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana* [online]. v.14, n. 1, p. 7-30, 2008.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132008000100001>. Acesso em 05/07/2014.

BABO, Maria A. Em segredo: a confissão como relação interdiscursiva. *Revista Comunicação e Sociedade*. São Paulo, v. 20, p. 175-190, 2011.

BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. (Col. "Grandes Cientistas Sociais", v. 39). São Paulo: Editora Ática, 1983.

BUTLER, J. *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Nova Iorque: Routledge, 1993.

BUTLER, Judith. *Problemas de Gênero*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CANDIOTTO, César. *Foucault e a Crítica da Verdade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

CARRARA, Sérgio. Os infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século. *Antropologia Social – Comunicações do PPGAS*; n. 1, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Museu Nacional/UFRJ, abril, 1992.

CITELI, M. Teresa. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 9, n.1, p. 131-145, 2001.

CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica-Antropologia e Literatura no século XX*. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2002.

CONDÉ, Geraldo G. A dimensão emocional: mídia, emoção e felicidade. In: REZENDE, Claudia. COELHO, Maria Claudia (Org). *Cultura e sentimentos, ensaios e antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

COSTA, Sérgio. Amores Fáceis: Romantismo e consumo na modernidade tardia. *Revista Novos Estudos*, CEBRAP, n.73. São Paulo, s/n, Nov. 2005.

CSORDA, Thomas. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo: Juquery, a História de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DEL PRIORE, Mary. *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2006.

DUARTE & SILVA, Mercedes. *Partículas Elementares? Um estudo de caso sobre subjetividade, modernidade e religiões orientais*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2012.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (Nas Classes Trabalhadoras Urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P. C., e MINAYO, M. C. S. (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico* [online]. p. 174, ISBN 85-85676-07-8. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 22/11/2014

_____. & CARVALHO, E. N. *Religião e Psicanálise no Brasil Contemporâneo: novas e velhas weltanschauungen*. *Revista de Antropologia*. São Paulo: USP, v. 48, n. 2, 2005.

DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus*. Paris: Gallimard, 1979.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: Del Priore, Mary (org.) *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: UNESP/Contexto, 1997.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu* (17/18), p.9-80. Campinas, 2001.

FERREIRA, Carolina Branco de C. A dádiva entre estranhos?: um estudo de grupos anônimos de ajuda mútua. 32º *Encontro Anual da Anpocs*. GT 36: Sexualidade, corpo e gênero, 2008.

Disponível em http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2663&Itemid=230. Acesso em 09/01/2013.

FERREIRA, Carolina Branco de C. *Desejos regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes*. Tese de doutorado. Programa de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2012.

FERREIRA, Carolina Branco de C. A emergência da adicção sexual, suas apropriações e as relações com a produção de campos profissionais. *Sex., Salud Soc.* n.14. Rio de Janeiro, Aug, 2013.

Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200013>. Acesso em 12/07/2014.

FOUCAULT, Michel. *A história da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2000.

GAY, Peter. Mulheres agressivas e homens defensivos. In: ____ *A experiência burguesa: da Rainha Vitória a Freud (A educação dos sentidos)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade*. São Paulo: UNESP, 1993.

GODBOUT, Jacques. *O espírito da dádiva*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

GONZALEZ, Astrid J. P. *Quando amar é sofrer: um estudo etnográfico do grupo de ajuda mulheres que amam demais anônimas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2012.

HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu* (22) 2004: pp.201-246.

ILLOUZ, Eva. *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Tradução de Santiago Llach. Madrid: Katz, 2010.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LÁZARO, André. *Amor: do mito ao mercado*. Petrópolis: Vozes, 1997.

LIMA, Cecília A. R. A comédia romântica em Hollywood: o gosto da “água com açúcar”. *Revista Fronteiras - Estudos Midiáticos*, by Unisinos - 12(1): 23-30, janeiro/abril, 2010.

LOECK, JARDEL FISCHER. *Adicção e ajuda mútua: estudo antropológico de grupos de narcóticos anônimos na cidade de Porto Alegre*. p. 157. Dissertação (Mestrado em antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

LUHMANN, Niklas. *O amor como paixão*. Lisboa: Difel, 1991.

MAUSS, Marcel. El ensayo sobre el Don. In: _____. *Sociologia y antropologia de Marcel Mauss*. Madrid: editorial Tecnos, 1979.

MOORE, Henrietta. Compreendendo Sexo e Gênero. In- T. Ingold (org.) *Companion Encyclopédia of Anthropology* (tradução de Júlio Assis Simões). London: Routledge, 1997.

MOSCUCCI, O. *The science of woman: gynaecology and gender in England 1800-1929*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1990.

MOTA, Leonardo de Araújo e. *A solidariedade entre os alcoólicos anônimos: a dádiva na modernidade*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

NEVES, Ana S. A. das. As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor: A caminho do “amor confluyente” ou o retorno do mito do “amor romântico”. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 15(3): 336, setembro-dezembro, p. 609-627, 2007.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v15n3/a06v15n3.pdf>. Acesso em 21/09/2013.

NUNES, Silvia A. *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: Um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade*. Rio de Janeiro: Sujeito e História: Civilização Brasileira, 2000.

OLIVEIRA, Vanilda Maria de. Depressão feminina. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: Desafios atuais dos feminismos (Anais Eletrônicos)*. Florianópolis, 2013.

Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384952900_ARQUIVO_VanildaMariadeOliveira.pdf. Acesso em: 08/07/2014.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para a natureza, assim como o homem para a cultura? In: Rosaldo, MICHELLE Z. & LAMPHIER, L. *A mulher, a cultura, a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PIETTE, Albert. *Les religiosités séculières*. Paris: PUF, 1993.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Revista Lua Nova*, n 63, p.179-201, 2004.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*. n. 24, Abril, p. 27-57, 2006. Disponível em: <http://www.michelfoucault.com.br/files/O%20conceito%20de%20biopoder%20hoje.pdf>

RINALDI, Alessandra de A. *A Sexualização do crime no Brasil: um estudo sobre criminalidade feminina no contexto de relações amorosas (1890-1940)*. Programa de

Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social-UERJ (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro, 2004.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15s0/07.pdf> . Acesso em 29/05/2014.

ROUGEMONT, Denis. *O amor e o Ocidente*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

RUSSO, Jane A. Uma leitura antropológica do mundo "psi". Parte III - Formação, ação e profissão. In: *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. Organizadores: Ana Maria Jacó-Vilela, Fabio Jabur, Heliana de Barros Conde Rodrigues. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999.

RUSSO, Jane A. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

RUSSO, Jane & PONCIANO, Ednal. O Sujeito da Neurociência: da Naturalização do Homem ao Reencantamento da Natureza. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. n. 12 (2), p. 345-373, 2002.

RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena & CARRARA, Sérgio (orgs.). *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

RUSSO, Jane A. *Sexualidade e saúde: a produção médico-psicológica de uma “vida sexual plena”*. Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos - CLAM/IMS – UERJ. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, em Porto Seguro (BA), realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008.

Disponível em http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/mesas_redondas/trabalhos/MR%2014/Microsoft%20Word%20-%20JANE%20RUSSO%20MR%2014.pdf. Acesso em 20/07/2014

SAFATLE, V. P. O poder da psiquiatria: O que está por trás do DSM-5 e sua tentativa de transformar a experiência do sofrimento em patologia a ser tratada. *Revista Cult online*. Dossiê, Edições 184, 2013.

Disponível em <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/10/o-poder-da-psiquiatria/>
Acesso em 11/07/2014.

SALEM, Tania. *O Casal Igualitário*. ANPOCS, RBCS, 1989.

Disponível em http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_09/rbcs09_03.htm
Acesso em 09/03/2013

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* : Bauru: Edusc, 2001.

SCHNEIDER, David M. *American Kinship: a cultural account*. New Jersey: Prentice-Hall, 1968.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, 1995

SENNETT, Richard. *O Declínio do Homem Público: As Tirantias da Intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SIQUEIRA, Leandro Alberto de Paiva. *O (in)divíduo compulsivo: uma genealogia na fronteira entre a disciplina e o controle*. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-SP. São Paulo, 2009.

SIMMEL, Georg. *On individuality and social forms*. Chicago: The University of Chicago Press, 1971.

SIMMEL, Georg. O indivíduo e a liberdade. SOUZA, Jessé e ÖELZE, Berthold (orgs.). *Simmel e a Modernidade*. Brasília: Unb, p.109-117, 1998.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, 3(2): 303-29, 1995.

TADVALD, Marcelo. *Serenos, corajosos e sábios: a plataforma terapêutica dos alcoólicos anônimos e seus participantes através de um olhar antropológico*. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado em antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

TORRES, A. Individualização do feminino, casamento e amor. In: CICHELLI, V; PEIXOTO, C.; SINGLY, F. *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo e BENZAQUEM DE ARAUJO, Ricardo. Romeu e Julieta e a origem do Estado, in: VELHO, Gilberto. *Arte e Sociedade: ensaios de sociologia da arte*. p. 130-169. Rio de Janeiro: Editores Zahar, 1977.

ZÓZIMO, Joana Isabel R. *A prescrição de antidepressivos e calmantes: um estudo de caso sobre ideologias terapêuticas na prática clínica de Médicos de Família e Psiquiatras*. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença) – Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz, Departamento de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Lisboa, 2011.

BIBLIOGRAFIA PRIMÁRIA

BERTI, Marina P.; ZILBERMAN, Monica L.; SOPHIA, Eglacy C.; GORENSTEIN, Clarice; PEREIRA, Ana P.; LORENA, Andréa; MELO, Cidália; CORDÁS, Táki A.; TAVARES, Hermano. Validação de escalas para avaliação do amor patológico. *Rev. Psiquiatr. Clín.* v.38 n.4 São Paulo, 2011

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400004>. Acesso em 05/03/2013

EARP, B. D., Sandberg, A., & Savulescu, J. Natural selection, childrearing, and the ethics of marriage (and divorce): Building a case for the neuroenhancement of human relationships. *Philosophy & Technology*. v. 25, n. 4, p. 561-587, 2012. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13347-012-0081-8>. Acesso em 04/05/2013

EARP, B. D., WUDARCZYK, O. A., SANDBERG, A., SAVULESCU, J. If I could just stop loving you: anti-love biotechnology and the ethics of a chemical breakup. *The American Journal of Bioethics*. 13(11):3-17, 2013.
doi: 10.1080/15265161.2013.839752. Review.
Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898540/>. Acesso em 12/09/2014

EARP, B. D., WUDARCZYK, O. A., SANDBERG, A., SAVULESCU, J. Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? Brian D. Earp. *Academia Edu: Share Research*, 2014.
Disponível em https://www.academia.edu/3393872/Addicted_to_love_What_is_love_addiction_and_when_should_it_be_treated. Acesso em 09/10/2014

NORWOOD, Robin. *Mulheres que Amam Demais*. São Paulo: Arx, 1985

REYNAUD , Michel; KARILA, Laurent; BLENCHA, Lisa; BENYAMINA, Amine. Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. September, v. 36, n. 5, p. 261-267, 2010
Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00952990.2010.495183>
Acesso em 12/05/2014

RIBEIRO, Jorge Ponciano. O conceito de resistência na Psicoterapia Grupo-Analítica: repensando um caminho. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. v.23, n. spe, p. 65-71, 2007.
Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722007000500013&script=sci_arttext Acesso em 22/02/2015

SOPHIA, Eglacy C.; TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Mônica L. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico? *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.29 n.1 São Paulo Mar. 2007 Epub Aug 04, 2006.

SOPHIA, Eglacy C. *Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), 2008.

THUS, Carian. Crazy in Love or Just Crazy? *United Academics Magazine*. 31, jan., 2013.

Disponível em: <http://www.united-academics.org/magazine/lovehurts/crazy-in-love-or-just-crazy/>. Acesso em 02/11/2014.

WUDARCZYK, O. A., Earp, B. D., Guastella, A., & Savulescu, J. Could intranasal oxytocin be used to enhance relationships? Research imperatives, clinical policy, and ethical considerations. *Current Opinion in Psychiatry*. v. 26, n. 5, p. 474-484, 2013.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935449/>

SITES CONSULTADOS

<http://www.grupomada.com.br/>. Acesso em 19/03/2013

<http://www.aa.org.br/>. Acesso em 17/04/2013

<http://oglobo.globo.com/saude/teste-voce-sofre-de-amor-patologico-4334443/>. Acesso em 21/04/2013

<http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT1445375-1706-2,00.html>. Acesso em 04/05/2013

<http://www.psiquiabras.com.br/transtornos/amor-patologico.htm>. Acesso em 02/07/2013

<http://sobreisso.com/2012/08/21/revista-epoca-reportagens-sobre-amor-patologico/>. Acesso em 06/7/2013

<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-dsm-5-e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais>. Acesso em 15/08/2013

<http://www.slaa.org.br/site/>. Acesso em 30/09/2013

<http://amiti.com.br/impulsividade>. Acesso em 01/02/2014

http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/05/130515_manual_psiquiatria_ny_fl.shtml. Acesso em 22/05/2014

<http://oglobo.globo.com/saude/um-novo-remedio-para-casos-de-amor-patologico-4332818>. Acesso em 29/05/2014

<http://www.espacocomenius.com.br/espirtorigemdoze.htm>. Acesso em 20/09/2014

<http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/asp16092003993.htm>. Acesso em 27/02/2015.

http://www.istoe.com.br/reportagens/356120_O+AMOR+PODE+TER+CURA. Acesso em 27/02/2015.

ANEXOS

Anexo I

A PRIMEIRA VEZ

Se um indivíduo é capaz de amar produtivamente, ama a si mesmo; se somente sabe amar às outras pessoas, não sabe amar em absoluto.

Responda, sinceramente:

1) Torno-me obsessiva com os relacionamentos?

? Sim ? Não

2) Nego o alcance do problema?

? Sim ? Não

3) Minto para disfarçar o que ocorre numa relação?

? Sim ? Não

4) Evito as pessoas para ocultar o problema?

? Sim ? Não

5) Repito atitudes para controlar a relação?

? Sim ? Não

6) Sofro acidentes devido à distração?

? Sim ? Não

7) Sofro mudanças de humor inexplicáveis?

? Sim ? Não

8) Pratico atos irracionais?

? Sim ? Não

9) Tenho ataques de ira, depressão, culpa ou ressentimento?

? Sim ? Não

10) Tenho ataques de violência?

? Sim ? Não

11) Sinto ódio de mim mesma e me auto-justifico?

? Sim ? Não

12) Sofro doenças físicas devido à enfermidades produzidas por stress?

? Sim ? Não

Se você respondeu afirmativamente a três das doze perguntas, é uma mulher dependente das pessoas.

Neste, que é seu primeiro dia no MADA, você não encontrará a solução do problema, mas encontrará a ESPERANÇA, A FÉ, E O AMOR que as mulheres recuperadas, ou em vias de recuperação, lhe oferecerão, e que com a experiência própria irão ajudá-la para que você possa dizer: " Não estou sozinha!".

Nós, assim como os alcoólicos, lutamos 24 horas. E quando as 24 horas se tornam pesadas dizemos: "só por este momento".

Anexo II

AS DOZE TRADIÇÕES DE MADA

Assim como os Doze Passos nos ajudam na nossa recuperação, as Doze Tradições nos ajudam a manter a unidade do grupo.

1. Nosso bem-estar deve vir em primeiro lugar. O progresso pessoal da maioria depende da unidade.
2. Para o propósito do nosso grupo, existe somente uma autoridade: um Deus afetuoso, que Se expressa em nossa consciência de grupo. Nossas líderes são apenas servidoras confiáveis. Não governam.
3. O único requisito para ser membro de MADA é o desejo de se recuperar da dependência das pessoas.
4. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em questões que digam respeito a outros grupos de dependência de pessoas ou de anônimos em geral.
5. Cada grupo de MADA tem um único objetivo, que é o de ajudar a seus membros a se recuperarem da sua dependência de pessoas. Fazemos isso através da prática dos Doze Passos de MADA, dando e recebendo ajuda de outras dependentes.
6. Os grupos de MADA não devem apoiar, financiar ou emprestar seu nome a nenhuma entidade externa, para evitar que problemas envolvendo dinheiro, propriedade ou prestígio

os afastem do seu objetivo primordial, que é o espiritual. Embora sejam entidades separadas, devem sempre cooperar com outros Programas de Anônimos.

7. Todos os grupos de MADA devem ser economicamente auto-suficientes e não devem aceitar contribuições externas.

8. O trabalho dos Doze Passos de MADA nunca deverá ser profissional. Entretanto, nossos centros de serviços poderão empregar funcionários especializados.

9. Nossos grupos, assim como os grupos de Anônimos, não devem ser organizados, mas podemos criar comitês ou juntas de serviço diretamente responsáveis perante àqueles a quem servem.

10. Os grupos de MADA não têm opinião sobre questões externas, para impedir que o seu nome possa ser levado a controvérsias públicas.

11. Nossa política de relações públicas baseia-se mais na atração do que na promoção; é necessário manter o anonimato pessoal para a imprensa, rádio, filmes e televisão. É necessário proteger, com cuidado especial, o anonimato de todos aqueles de quem nos tornamos dependentes.

12. O anonimato é o fundamento espiritual de todas as nossas tradições. Devemos lembrar sempre que os princípios estão acima das personalidades.

Anexo III

OS DOZE PASSOS DE MADA

1. Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas.

2. Passamos acreditar que um poder superior a nós mesmas poderia nos devolver a sanidade.

3. Decidimos entregar nossas vidas aos cuidados de Deus, na maneira como

O concebíamos.

4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmas.

5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmas e outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

6. Nos dispusemos inteiramente a deixar que Deus removesse os defeitos do nosso caráter.

7. Humildemente, pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que prejudicamos e nos dispusemos a reparar os erros que cometemos com elas.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos erradas, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade e forças para realizar essa vontade.
12. Graças a esses passos, experimentamos um despertar espiritual e procuramos transmitir essa mensagem a outras mulheres, dependentes de pessoas. Procuramos praticar esses princípios em todas as nossas atividades. Nada, absolutamente nada, acontece por equívoco no mundo de Deus.... A não ser que eu aceite a vida totalmente do jeito que ela é, não poderei ser feliz. Preciso me concentrar menos no que é preciso mudar no mundo e mais no que eu preciso mudar em mim e nas minhas atitudes.

-OS DOZE PASSOS DE MADA (Adaptados de A.A.)

Anexo IV

OS DEZ PASSOS DA RECUPERAÇÃO DE ROBIN NORWOOD

1. Procure ajuda.
2. Faça da sua recuperação a primeira prioridade da sua vida.
3. Procure um grupo formado por pares que a compreendam.
4. Desenvolva seu lado espiritual por meio da prática diária.
5. Pare de controlar e de manipular as outras pessoas.
6. Aprenda a não se envolver em "jogos".
7. Enfrente com coragem seus próprios problemas e defeitos.
8. Cultive o que precisa ser desenvolvido em você.
9. Torne-se egoísta.
10. Compartilhe com outras o que tenha experimentado e aprendido.

Anexo V

AS PROMESSAS DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE RELAÇÕES

1. Nos aceitamos totalmente, mesmo que queiramos mudar algumas de nossas características. Existe em nós o amor e respeito próprios, que alimentamos cuidadosamente e que nos propomos expandir.
2. Aceitamos os demais do jeito que eles são, sem tentar modificá-los para satisfazer as nossas necessidades.
3. Estamos em contato com nossos sentimentos e atitudes em relação a todos os aspectos das nossas vidas, incluindo nossa sexualidade.
4. Valorizamos cada parte de nós mesmas: nossa personalidade, nossa aparência, nossos valores e crenças, nosso corpo, nossos interesses e logros. Fazemos uma auto-avaliação, no lugar de procurar uma relação que nos proporcione um sentido do nosso valor.
5. Possuímos auto-estima suficiente para desfrutar da companhia dos outros, especialmente dos homens, que aceitamos do jeito que são. Não precisamos que eles sintam necessidade de nós para que possamos nos sentir dignas.
6. Nos permitimos sermos abertas e confiantes com as pessoas adequadas. Não temos medo de que nos conheçam num nível profundamente pessoal, mas também não nos expomos àqueles que não se interessam pelo nosso bem estar.
7. Perguntamos a nós mesmas: Esta relação é boa para mim? Me permite crescer para ser tudo aquilo que sou capaz de ser?
8. Quando uma relação é destrutiva, somos capazes de renunciar a ela sem que isso nos jogue numa depressão paralisadora. Temos um círculo de amigos que nos apoiam, e interesses sadios que nos ajudam a superar as crises.
9. Valorizamos nossa serenidade acima de tudo. Todas as lutas, os dramas e o caos do passado perderam seu atrativo. Protegemos a nós mesmas, nossa saúde e nosso bem estar.
10. Sabemos que uma relação, para funcionar, precisa acontecer entre duas pessoas que compartilham objetivos, interesses e valores semelhantes, e que possuem capacidade para partilhar a intimidade emocional.

Sabemos também que somos dignas do melhor que a vida pode oferecer.

Anexo VI

CARACTERÍSTICA DE UMA MULHER QUE AMA DEMAIS

Robin Norwood

1. Vem de um lar desajustado, em que suas necessidades emocionais não foram satisfeitas.
2. Como não recebeu um mínimo de atenção, tenta suprir essa necessidade insatisfeita através de outra pessoa, tornando-se superatenciosa, principalmente com homens aparentemente carentes.
3. Como não pode transformar seus pais nas pessoas atenciosas, amáveis e afetuosas de que precisava, reage fortemente ao tipo de homem familiar, porém inacessível, o qual tenta, transformar através de seu amor.
4. Com medo de ser abandonada, faz qualquer coisa para impedir o fim do relacionamento.
5. Quase nada é problema, toma muito tempo ou mesmo custa demais, se for para "ajudar" o homem com quem esta envolvida.
6. Habituada à falta de amor em relacionamentos pessoais, está disposta a ter paciência, esperança, tentando agradar cada vez mais.
7. Está disposta a arcar com mais de 50% da responsabilidade, da culpa e das falhas em qualquer relacionamento.
8. Sua auto-estima está criticamente baixa, e no fundo não acredita que mereça ser feliz. Ao contrário, acredita que deve conquistar o direito de desfrutar a vida.
9. Como experimentou pouca segurança na infância, tem uma necessidade desesperadora de controlar seus homens e seus relacionamentos. Mascara seus esforços para controlar pessoas e situações, mostrando-se "prestativa".
10. Esta muito mais em contato com o sonho de como o relacionamento poderia ser, do que com a realidade da situação.
11. Tem tendência psicológica, e com frequência, bioquímica a se tornar dependente de drogas, álcool e/ou certos tipos de alimento, principalmente doces.
12. Ao ser atraída por pessoas com problemas que precisam de solução, ou ao se envolver em situações caóticas, incertas e dolorosas emocionalmente, evita concentrar a responsabilidade em si própria.
13. Tende a ter momentos de depressão, e tenta previní-los através da agitação criada por um relacionamento instável.
14. Não tem atração por homens gentis, estáveis, seguros e que estão interessados nela. Acha que esses homens "agradáveis" são enfadonhos.

Anexo VII

CARACTERÍSTICAS DE UMA MULHER QUE SE RECUPEROU DE AMAR DEMAIS

Robin Norwood

1 - Ela se aceita completamente, mesmo quando quer modificar partes de si. Existe uma autoconsideração e um amor por ela mesma que são básicos, e que devem ser alimentados.

2 - Ela aceita os outros como são, sem tentar modificá-los para satisfazer suas necessidades.

3 - Ela está ciente de seus sentimentos e atitudes com relação a cada aspecto de sua vida, inclusive sua sexualidade.

4 - Ela cuida de cada aspecto dela mesma: sua personalidade, sua aparência, suas crenças e valores, seu corpo, seus interesses e realizações. Ela se legitima, em vez de procurar um relacionamento que dê a ela um senso de autovalor.

5 - Sua auto-estima é grande o suficiente para que possa aproveitar a companhia de outras pessoas, principalmente de homens, que são bons exatamente como são. Não precisa ser necessária para se sentir digna de valor.

6 - Ela se permite ser aberta e confiante com pessoas adequadas. Não tem medo de ser conhecida num nível profundamente pessoal, mas também não se abre à exploração daqueles que não estão interessados em seu bem-estar.

7 - Ela pergunta: "Esse relacionamento é bom para mim? Ele me dá oportunidade de me transformar em tudo o que sou capaz de ser?"

8 - Quando um relacionamento é destrutivo, ela é capaz de abandoná-lo sem experimentar uma depressão mutiladora. Possui um círculo de amigos que a apoiam e tem interesses saudáveis, que a ajudam a superar crises.

9 - Ela valoriza a própria serenidade acima de tudo. Todos os conflitos, o drama e o caos do passado perderam sua atração. É protetora de si mesma, de sua saúde e de seu bem-estar.

10 - Ela sabe que um relacionamento, para dar certo, deve acontecer entre dois parceiros que compartilhem valores, interesses e objetivos semelhantes, e que possuam ambos capacidade para serem íntimos. Também sabe que é digna do melhor que a vida tem a oferecer.

Anexo VIII

OS INSTRUMENTOS DE RECUPERAÇÃO

Utilizando esses Instrumentos eu posso me recuperar. São eles:

- 1- **Reuniões** (para se compartilhar experiência, força e esperança, para aprendermos com as companheiras e sair do isolamento, entre outras coisas);
- 2- **Amadrinhamento** (uma companheira que você convida para ser sua madrinha, que vai conversar com você mais diretamente sobre as suas dificuldades e vai lhe ajudar na caminhada da recuperação);
- 3- **Literatura** (ler a literatura indicada que são: os 12 Passos, as 12 Tradições e os Lemas de MADA, os textos de MADA - no site -, os livros indicados por MADA, e, 'Para Hoje', que são as mensagens diárias);
- 4- **Escritos** (que nos ajudam a refletir e colocar as idéias focadas no programa);
- 5- **Serviço** (trabalhar para irmandade fazendo pequenas tarefas é essencial para a recuperação);
- 6- **Anonimato** (que nos protege e nos dá total liberdade no programa);
- 7- **Telefone** (podemos e devemos ligar para as companheiras para conversar, para pedir ajuda numa crise, sem restrições, é um importante instrumento também);
- 8- **Plano de Vida** (que libera mente para pensar em outras coisas que não sejam relacionamentos, simplifica a questão e coloca o relacionamento no lugar certo - ser uma das escolhas na vida e não suprir algo emocional).

Estas são SUGESTÕES que junto com o estudo dos Passos e das Tradições fazem com que saíamos da situação de compulsão/obsessão para uma nova vida. Assim foi com as que nos antecederam, e será conosco e com as que vierem depois de nós.

Anexo IX

ORAÇÃO DA SERENIDADE (texto integral)

Os grupos anônimos de mútua ajuda sugerem, em seu Programa de Recuperação, que as pessoas admitam a existência de um Poder Superior a elas mesmas, tal como cada um queira concebê-lo. Iniciam e encerram todas as suas reuniões proferindo a Oração da Serenidade, embora não estejam filiados a nenhuma organização religiosa, havendo lugar para pessoas de todas as crenças ou que não tenham nenhuma bem como ateus ou agnósticos.

“Concedei-me Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar; coragem para modificar aquelas que posso, e sabedoria para distinguir umas das outras”.

Essa Oração foi extraída da Oração da Serenidade, de autoria do teólogo Rinhold Niebuhr, cuja íntegra transcrevemos:

“Concedei-me, Senhor a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar; Coragem para modificar aquelas que posso; e Sabedoria para conhecer a diferença entre elas. Vivendo um dia de cada vez; Desfrutando um momento de cada vez; Aceitando que as dificuldades constituem o caminho à paz; Aceitando, como Ele aceitou, este mundo tal como é, e não como Ele queria que fosse; Confiando que Ele acertará tudo contanto que eu me entregue à Sua vontade; Para que eu seja razoavelmente feliz nesta vida e supremamente feliz com Ele eternamente na próxima. Amém.”

Anexo X

ORAÇÃO DA UNIDADE

"Eu seguro a minha mão na sua,
E uno o meu coração ao seu.
Para que juntas possamos fazer,
Tudo aquilo que não posso fazer sozinha"

ORAÇÃO DA UNIDADE – INTEGRAL

Eu coloco minhas mãos nas suas e uno meu coração ao seu... E juntas conseguimos o que jamais conseguiríamos sozinhas! Não há mais aquela sensação de desesperança, Não mais precisamos depender de nossa instável força de vontade. Estamos todas juntas estendendo nossas mãos em busca de força e poder maior que os nossos e, ao juntarmos as mãos, encontraremos amor e compreensão além de nossos mais ardentes sonhos...

Anexo XI

ORAÇÃO DO TERCEIRO PASSO

Deus, ofereço-me a Ti,
Para que trabalhes em mim e faças comigo o que desejares.
Liberta-me da escravidão do ego,
Para que eu possa realizar melhor a Tua vontade.
Remove minhas dificuldades,
Para que a vitória sobre elas possa dar testemunho,
Diante daqueles a quem ajudarei,
De Teu Poder,
De Teu Amor e
De Teu Modo de Vida.
Possas eu sempre realizar a Tua vontade!

Anexo XII

RECOMENDAÇÕES de RECUPERAÇÃO

As recomendações a seguir baseiam-se em nossas experiências de recuperação, como membros mais antigos de MADA. Elas nos ajudaram muito, e deram certo para a maioria de nós.

RECOMENDAÇÕES de RECUPERAÇÃO:

- Falar apenas sobre si própria.
- Usar sempre a palavra "eu".
- Evitar as palavras "nós", "ele(s)", "a gente", "você(s)", etc.
- Manter sempre em mente as experiências pessoais.
- Evitar falar sobre o que nunca viveu.
- Evitar falar dos outros.
- Apoiar as demais, através da partilha de suas experiências pessoais.
- Não aconselhar.
- Não dizer o que a outra deve ou não deve fazer.
- Evitar explicações ou consolos à companheira que ao dar seu depoimento, sofre ou chora, evitando críticas ou depoimentos negativos.
- O silêncio é o melhor remédio e, ler, a melhor atitude.

Anexo XIII

Literatura Recomendada

- “Mulheres que Amam Demais”, de Robin Norwood, da Editora ARX, o livro que deu origem ao tratamento de tantas mulheres em todo o Brasil; e, da mesma autora, “Meditações Diárias para Mulheres que Amam Demais” e “Por que Eu, Por que Isso, Por que Agora?”, da Editora Mandarin;
- “Co-dependência Nunca Mais” e “Para Além da Co-dependência” de Melody Beattie, da Editora Record; e da mesma autora, “A Linguagem da Liberdade” e “Pare de se Maltratar”;
- “Amores Obsessivos”, de Susan Forward e Craig Buck, da Editora Rocco;
- “Será que existe Amor Feliz?” e “Pai Ausente, Filho Carente” de Guy Corneau, da Editora Campus;
- “Enfrentando a Codependência Afetiva”, de Pia Mellody, Editora Rosa dos Tempos; e da mesma autora, “O Vício de Amar”, Editora Best Seller/ Círculo do Livro;
- “Volta ao Lar” e “A Criação do Amor” de John Bradshaw, da Editora Rocco;
- “A trilha menos percorrida” de M. Scott Peck, da Editora Imago;
- “Um Suave Caminho ao Longo dos 12 Passos”, de Patrick Carnes, Editora Madras; e do mesmo autor, “Isto não é Amor”, Editora Best Seller/Círculo do Livro;
- Também qualquer livro do Padre Haroldo Rahm, como “O Caminho da Sobriedade”, e “Doze Passos para o Cristão”, Ed. Loyola, assim como toda a literatura dos Grupos

Anônimos desde Alcoólicos Anônimos passando por Neuróticos Anônimos entre outros, que só são vendidos nas próprias salas;

- “O Que toda Mulher Inteligente Deve Saber”, de Steven Carter e Julia Sokol, da Editora Sextante;

- “Eu Faço Tudo Por Você”, de Sandra Maia, Editora Celebris; e da mesma autora, “Você está disponível?: Um caminho para o amor pleno”.

Anexo XIV

Tome uma atitude APAIXONADA

A atitude apaixonada desenvolve a capacidade transformadora de sentir e viver as situações com profundidade e consciência. Somos naturalmente imbuídos de devoção amorosa e de uma convicção ardente de que a nossa Alma está nos incentivando a seguir em frente sem medo, porque é mais importante estender os braços aos outros do que ficar centrados em nós mesmos. Na atitude apaixonada, uma chama acende, ilumina o caminho que devemos seguir e nos dá energia para viver a orientação interior. A atitude apaixonada abre o caminho para a verdadeira entrega.

Sugestões práticas para uma atitude Apaixonada:

- Entregue-se com ardor a uma tarefa que há muito tempo gostaria de realizar.
- Procure se ocupar com atividades que o aproximem das pessoas. Procure estar em contato com gente, com a Natureza.
- Pratique a entrega: liberte-se dos seus apegos, começando pelos menores. Tudo o que soltamos volta às nossas mãos num outro estado de consciência.
- Não tema a intimidade, a proximidade. A atitude apaixonada atrai os melhores espelhos nos quais a nossa verdadeira imagem pode se refletir.