

VERA APARECIDA DE CARVALHO ZOLDAN

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Ciências Biomédicas.

Campinas, 16 de fevereiro de 2001.

Prof. Dr. Luis Carlos Tarelho
Orientador



***A SÍNDROME DA TENSÃO PRÉ - MENSTRUAL: UMA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA***

CAMPINAS

2001

VERA APARECIDA DE CARVALHO ZOLDAN

***A SÍNDROME DA TENSÃO PRÉ - MENSTRUAL: UMA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA***

*Dissertação de mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas, área de Ciências
Biomédicas.*

Orientador: Dr. Luiz Carlos Tarello – UNIBAN, São Paulo

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Z74s

Zoldan, Vera Aparecida de Carvalho

A síndrome da tensão pré-menstrual : uma abordagem psicanalítica
/ Vera Aparecida de Carvalho Zoldan. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Luiz Carlos Tarelho

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Síndrome pré-menstrual. 2. Psicanálise. I. Luiz Carlos
Tarelho. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

UNIDADE	BE
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	Z 74s
V	EX
TOMBO	48786
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	07/05/02
Nº CPD	

CM00167126-B

B ID 239289

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Tarelho

Membros:

1. Prof. Dr. Paul Albino Pacheco
2. Profa. Dra. Maria Helen Fernandes
3. Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/02/2001

DEDICATÓRIA

À minha filha, Carla.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Luiz Carlos Tarello, por ter aceito me acompanhar neste trabalho de mestrado; pelo estímulo, pela confiança e pelo carinho que sempre demonstrou; pela escuta amiga com que suportou minhas dúvidas e, tantas vezes, me ajudou a reencontrar o caminho.

Ao Dr. Mário Eduardo C. Pereira, pela maneira generosa com que me abriu as portas a esse caminho da pesquisa psicanalítica; pelo afetuoso incentivo e pela atenção inestimável que sempre marcaram sua presença.

À Dra. Maria Helena Fernandes e ao Dr. Paulo Ceccarelli, pelas sugestões valiosas e pelo interesse com que se dispuseram a me ajudar nesse percurso.

Ao pessoal do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, sempre tão generoso e interessado em nossas discussões sobre a STPM.

Às colegas e amigas que acompanharam de perto meu trabalho, incentivando e colaborando de inúmeras formas para a elucidação da tensão feminina.

À UNICAMP e à CAPES, pelo crédito na realização desta pesquisa.

À minha família, cujo apoio foi fundamental para a realização deste trabalho e, em especial, ao meu marido, Francisco, pela compreensão e pelo companheirismo.

Pequenas papoulas, pequenas chamas do inferno,

Vocês não queimam?

Vocês se mexem. Não posso tocá-las.

Meto as mãos entre as chamas. Nada me queima.

E me cansa ficar aqui olhando

Vocês se mexerem assim, enrugadas e rubras, como a pele de uma boca.

Uma boca sangrando.

Pequenas franjas sangrentas!

Há fumos que não posso tocar.

Onde estão seus sedativos, suas cápsulas que enjoam?

Se eu pudesse sangrar, ou dormir! –

Se minha boca se unisse a essa ferida!

(Papoulas em Julho - Sylvia Plath)

	<i>Pág</i>
RESUMO.....	<i>xxi</i>
1. INTRODUÇÃO.....	<i>25</i>
1.1. A Síndrome da mulher moderna – STPM.....	<i>29</i>
1.2. Algumas reflexões sobre o sintoma.....	<i>35</i>
2. HIPÓTESE e OBJETIVOS.....	<i>43</i>
2.1. Hipótese.....	<i>45</i>
2.2. Objetivos.....	<i>45</i>
3. METODOLOGIA.....	<i>47</i>
3.1. Sobre os aspectos clínicos.....	<i>49</i>
3.1.1. Revisão teórica.....	<i>49</i>
3.1.2. Revisão dos casos clínicos.....	<i>49</i>
3.2. Sobre o discurso das pacientes.....	<i>50</i>
3.2.1. Revisão da literatura médica.....	<i>50</i>
3.2.2. Revisão das concepções culturais.....	<i>50</i>
3.3. Etapas da Pesquisa.....	<i>50</i>
3.3.1. Revisão bibliográfica.....	<i>50</i>
3.3.2. Elaboração dos casos clínicos.....	<i>51</i>

3.3.3. Elaboração dos resultados.....	51
3.4. Discussão dos resultados.....	51
3.5. Conclusão.....	51
4. RESULTADOS.....	53
Parte I.....	55
4.1. Esse “mal feminino”- a STPM.....	55
4.1.1. Sintomatologia.....	61
4.1.2. Etiologia.....	65
4.1.3. Incidência.....	69
4.1.4. Diagnóstico.....	75
4.1.5. Tratamento.....	77
Caso clínico M.S.....	84
4.2. As concepções culturais sobre a menstruação.....	86
4.2.1. A menstruação, da natureza à cultura.....	87
4.2.2. A mulher, a menstruação e o mito.....	90
Caso clínico M.J.....	94
4.2.3. A mulher e a menstruação, segundo a religião.....	96
Caso clínico M.A.....	99
4.3. A mulher e a menstruação, na visão da ciência.....	101

Caso clínico M.R.....	107
Parte II.....	109
4.4. O silêncio sobre a menstruação.....	109
4.4.1. O "período de expectativa".....	112
4.4.2. O acesso à posição feminina.....	114
4.4.3. A mística e o gozo feminino.....	118
4.4.4. A "rolha do gozo".....	120
4.4.5. A oscilação histérica.....	121
4.4.6. O útero na histeria.....	123
4.4.7. A identificação narcísica.....	126
4.4.8. A escolha narcísica de objeto.....	128
4.4.9. As imagens do objeto "a".....	131
Caso clínico M.A.....	134
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	137
5.1. O aparecimento da tensão pré-menstrual.....	139
5.2. A mulher e o o(O)utro.....	147
5.3. A recusa da feminilidade.....	152
5.4. O útero na tensão pré-menstrual.....	157
5.5. Por quê histeria?.....	161

5.6. O desencadeamento da tensão.....	166
6. CONCLUSÃO.....	171
Caso clínico M.G.....	184
7. SUMMARY.....	193
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	197



RESUMO

O interesse por esta pesquisa orienta-se sobre as questões surgidas na clínica psicanalítica a partir do atendimento de pacientes vítimas da Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) e suas manifestações sintomáticas, não somente físicas, mas predominantemente psíquicas.

Embora seja considerada pela Medicina como uma doença resultante das próprias alterações orgânicas e hormonais associadas ao ciclo reprodutor feminino, a análise psicanalítica revela a existência de relações particularmente íntimas e complexas entre a menstruação e a elaboração psíquica da posição feminina, assim como uma evidente associação dos sintomas relatados por pacientes com STPM e os conflitos pessoais vividos pelas mesmas em relação à própria sexualidade.

Com o objetivo de investigar as relações entre a vivência psíquica dos processos corporais associados ao ciclo menstrual e a elaboração subjetiva da posição feminina, foi desenvolvida uma análise psicanalítica da sintomatologia pré-menstrual, a partir das definições médicas e das significações culturais sobre a sexualidade feminina.

A revisão da literatura médica sobre a STPM revelou que suas manifestações sintomáticas apresentam-se como um enigma sob vários aspectos, aparecendo sempre associadas a fatores de ordem emocional.

Através da análise das significações femininas relativas ao mito, à religião e à ciência, revelou-se a função de suporte simbólico que a menstruação desempenha em relação à representação cultural da sexualidade feminina, cujas diferentes abordagens, ao longo do tempo, surgem como efeito de sucessivas articulações significantes.

Tanto as concepções culturais, quanto os discursos das pacientes sobre seus sintomas, revelam uma percepção da feminilidade como um enigma, cuja manifestação inconsciente aparece associada ao ciclo reprodutor feminino.

Esta condição enigmática foi interpretada dentro da teoria psicanalítica como resultante da impossibilidade de simbolização do corpo feminino, pela falta do significante da feminilidade, que obriga a mulher a buscar uma simbolização possível, pela via da maternidade.

Entretanto, esta resolução simbólica por meio da maternidade possibilita uma elaboração da castração feminina apenas parcial, cujo acesso depende das condições particulares de simbolização do corpo por cada mulher.

Assim, chegou-se à conclusão de que os sintomas de STPM manifestam-se como uma exacerbação psíquica, desencadeada pela vivência puramente orgânica dos processos corporais relativos à procriação, devido à dificuldade de simbolização da sexualidade feminina, através da maternidade.



1. INTRODUÇÃO

A experiência da escuta psicanalítica é sempre inovadora e surpreendente. Mais ainda, quando discursos individuais, articulados em torno de diferentes realidades subjetivas vêm comunicar a ocorrência de algo em comum, que, ao se repetir nos diversos relatos, é capaz de deslocar a percepção para além do particular do *setting* analítico, até o exterior, para a esfera do coletivo, fazendo constatar o surgimento de um determinado fenômeno social, um novo sintoma cultural, uma nova expressão da angústia e do sofrimento humanos - reeditados a cada tempo.

O psicanalista é um “ouvidor de histórias” e, como tal, é também testemunha dos caminhos tomados pelos sujeitos através de seu tempo, não somente no plano individual, subjetivo, segundo o qual cada sujeito tem que responder às suas pulsões, mas também no plano social, da evolução da cultura e dos modos de organização das pulsões colocados ao dispor desses sujeitos, em cada momento histórico.

Segundo esta perspectiva pode-se observar, desde a histeria estudada por Freud no final do século XIX, uma gradativa evolução dos sintomas apresentados pelos sujeitos, tendo como pano de fundo a grande evolução científica e cultural da época atual, impelindo os sujeitos pela força do progresso a modificarem seu comportamento, seus valores, suas necessidades, seus objetivos e, conseqüentemente, suas maneiras de abordar a falta e o gozo.

Sabe-se que o progresso é resultante da própria busca de felicidade empreendida pelos sujeitos. E, neste sentido, a liberação sexual figura entre as conquistas dos tempos modernos, tendo a seu lado, como “grande aliada”, a ciência médica - responsável pela abolição de toda dor, seja ela física ou psíquica; de todo desconforto ou embaraço, e pela promoção do “direito assegurado” ao prazer. Paradoxalmente, porém, constata-se que nesta “fórmula moderna” algo falha. O aparecimento de inúmeros quadros sintomáticos e o incremento de outros já existentes vêm confrontar implacavelmente os sujeitos com um novo sofrimento, uma outra limitação – irrupção da realidade contrariando o “princípio do prazer”, tão firmemente perseguido nas últimas décadas. É então que o “ouvidor de histórias” é procurado: quando a realidade não faz sentido, quando o sofrimento torna-se insuportável, o remédio não alivia mais, quando é preciso falar, reencontrar o sentido no eco das palavras.

Foi desse lugar que, inicialmente, estabeleceu-se o contato com esta nova realidade, que aqui se propõe estudar. Uma realidade que foi se delineando aos poucos, por meio de discursos que comunicavam dramas individuais, curiosamente articulados ao mesmo diagnóstico clínico, e que começaram a chegar, um após outro, representados pela mesma sigla – “TPM”.

Foi assim, ouvindo mulheres em análise, que falavam sobre seus problemas conjugais, alterações emocionais, dificuldades diversas, que a Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) instalou-se no contexto clínico como fato consumado.

A princípio, o aparecimento repetitivo desta forma de representação sintomática, associada a uma fase do ciclo menstrual, fazia pensar que um novo modo de inscrição simbólica do gozo feminino havia sido instituído na cultura, a partir de um discurso médico que o definia como uma síndrome, fornecendo assim uma explicação objetiva, para conflitos de ordem subjetiva, que antes costumavam aparecer desvinculados de tal significação orgânica.

Com o passar do tempo, porém, a menção a esse aspecto cíclico da sintomatologia feminina, pôde ser ouvida também no discurso de algumas pacientes que não associavam suas dificuldades à patologia pré-menstrual, nem tampouco haviam recebido um diagnóstico de STPM, mas que revelavam uma oscilação na forma como vivenciavam seus conflitos pessoais, referindo-a, muitas vezes, da seguinte maneira: “vivo bem durante quinze dias e, os outros quinze, passo brigando”; “fico sempre irritada quando estou perto da menstruação”; “estou completamente sem paciência com meu marido – acho que é por que eu vou menstruar”.

É sempre muito difícil conseguir determinar aquilo que, no discurso de pacientes, é influenciado pelas significações veiculadas pela cultura ou é fruto de uma apreensão pessoal sobre si mesmos, pois todo o arsenal simbólico dos sujeitos é necessariamente tomado de seu universo cultural, mesmo que submetido a regras de significação particulares a cada um. Portanto, seria impossível definir se a percepção dessas pacientes sobre o caráter cíclico de seus sintomas teria ocorrido de forma espontânea ou se o conhecimento pré-estabelecido sobre a Síndrome da Tensão Pré-Menstrual as teria levado a representá-los de tal forma.

Esta foi, sem dúvida, uma pergunta que surgiu diante do aumento progressivo de busca de análise, por pacientes que se definiam como vítimas de STPM. Tal interrogação baseou-se no fato de que as pacientes não falavam sobre o processo menstrual em si, mas apenas referiam-se à tensão pré-menstrual, como sendo a origem de suas dificuldades pessoais, angústias, temores, frustrações, conflitos e outros sintomas. Para a escuta psicanalítica, entretanto, essas manifestações revelavam estar associadas à problemática histórica, comumente observada também em outras mulheres, e não se diferenciavam dos demais sintomas femininos, exceto por sua forma cíclica de manifestação, associada ao período pré-menstrual.

Porém, o fato desta forma de organização sintomática tornar-se, no espaço de poucas décadas, um modo de expressão privilegiado pelas mulheres, obrigava a reconhecê-la como a manifestação de uma verdade que, colocando-nos mais um enigma sobre a sexualidade feminina, impunha uma elaboração teórica que buscasse responder às questões suscitadas pela prática clínica.

1.1. A SÍNDROME DA MULHER MODERNA: STPM

A STPM vem integrar o rol das novas síndromes e transtornos psíquicos, os quais têm sido catalogados e, até mesmo, reinscritos com novos nomes e que, em seu caráter de atualidade, referem-se indiretamente ao “mal-estar” que assola o homem moderno.

Porém, entre tantos distúrbios de ansiedade, pânico, humor, etc., dos quais os sujeitos deste fim de século são vítimas, a STPM destaca-se por constituir um mal exclusivamente feminino. Um mal que manifesta seus efeitos através de distúrbios psíquicos desencadeados a partir de um processo biológico normal, o ciclo menstrual.

A “síndrome da mulher moderna” tornou-se presente no discurso comum, por intermédio do reconhecimento de alterações psíquicas diversas, sempre vivenciadas de forma cíclica, por um número cada vez maior de mulheres, que referem desde um aumento de suas dificuldades emocionais no período que antecede a menstruação, até a manifestação de quadros sintomáticos graves.

Os relatos desse sofrimento feminino podem ser ouvidos, hoje, não somente na situação de análise, mas em todos os lugares, rompendo as barreiras da intimidade pessoal e das normas de comportamento social, expondo-se para além de todos os limites, provocando reações que vão da incredulidade ao espanto e, finalmente, ao medo. Discursos igualmente trágicos que, embora apresentem nuances individuais, comunicam a emergência de algo que se impõe como uma realidade irrefutável nos dias atuais.

Curiosamente, a menstruação que, décadas atrás, consistia num motivo de queixa feminina, devido aos sintomas dolorosos que lhe são associados, tornou-se algo ansiosamente esperado por muitas mulheres - desesperadamente esperado, poder-se-ia dizer. Os sintomas, as queixas femininas, nesses casos, não se referem mais ao corpo, em seu sentido físico, como lugar de dor, mas a alguma coisa que lhes escapa, e que só lhes é possível viver como um estado psíquico, uma certa disposição interna que, alternando-se, é capaz de alterar sua relação com o mundo.

Ao contrário do que se poderia imaginar, a tensão pré-menstrual não traz à tona os conflitos, angústias ou temores associados à menstruação. Ela desencadeia uma exacerbação psíquica, sem ligação aparente com nenhuma representação específica, podendo culminar em ansiedade, instabilidade emocional, pessimismo extremo, sentimento de fracasso, dificuldade de raciocínio, impulsividade incontrolada, perda da capacidade de julgamento, agressividade, crises de pranto e muitos outros sintomas. As pacientes dizem vivenciar, desde um aumento da sensibilidade, um “magoar-se por qualquer coisa”, uma irritabilidade geral, até expressões de angústia profunda, depressão e explosões de ódio. Estas últimas, ocorrendo em crises incontroláveis, levam-nas a praticar atos irracionais, agressões físicas e verbais, comprometendo, em certa medida, segundo elas mesmas, o juízo de realidade.

Particularmente em relação ao caráter incontrolável de seus atos, elas expressam angústia e temor, pois percebem que são capazes de chegar a ações extremamente destrutivas, pondo em risco a estabilidade de seu mundo pessoal. O impulso à violência e a matar um outro, freqüentemente os maridos, com quem se desenrolam as cenas de agressão descontrolada, dá vazão a um agir, que poderia ser definido como completamente “fora da lei”, pois, nesses momentos, as mulheres se permitem tudo, em nome de uma lei pessoal, incompreensível para elas mesmas.

Nos casos de pacientes em estados mais críticos de tensão pré-menstrual, observa-se que seus sintomas vão articular-se em torno de uma impossibilidade, vivida como frustração e, muitas vezes, como ódio. Ódio por seus companheiros, em primeiro lugar, pronto para explodir ao menor descuido. Ódio indefinido por qualquer um que possa provocá-lo. Ódio por suas mães e por si mesmas. No caso dessas últimas, especialmente quando não têm filhos ou vivem solitárias, o ódio transforma-se em medo: medo de destruir, de matar, de se matar, de enlouquecer.

Este quadro angustiante, vivido intensamente durante o período pré-menstrual, dá lugar a um estado de extremo bem-estar psíquico, que se instala simultaneamente à presença da menstruação. As mulheres descrevem, então, uma sensação de extremo alívio, tranqüilidade e bom humor. “O mundo, que era negro, volta a ter cor”; “a vida torna-se mais leve”; “as coisas voltam a ter sentido”. Até que algum tempo se passe... para que tudo se repita.

Questionando a súbita ocorrência em massa dessa perturbação feminina, duas questões surgem de imediato: o que a STPM vem dizer sobre o sexo feminino e qual a razão de seu surgimento nesse momento?

Os discursos das pacientes, a princípio, nada revelam sobre a significação da síndrome. Apenas marcam uma mudança em relação ao modo como o processo menstrual costumava ser vivenciado e referido pelas mulheres, de um modo geral. Esta diferença pode ser imediatamente observada através da fala das mulheres, colocando em evidência sua função menstrual, seus sintomas, “seus dias”, este difícil aspecto da feminilidade que antes não costumava ser sequer mencionado. A menstruação, da qual “não se falava”, anteriormente, e cujo silêncio adquiria uma conotação negativa, fazendo com que ela fosse interpretada, muitas vezes, como motivo de vergonha e inferioridade, passou a ser, segundo a fala das pacientes, “uma coisa normal”. Seus aspectos negativos simplesmente foram “esquecidos”, “deixados para trás”, ou melhor, para a fase anterior à menstruação.

Este deslocamento operou uma transformação, não somente dos conteúdos simbólicos associados à menstruação - dos quais ela parece ter sido esvaziada -, mas também no modo de apreensão subjetiva do processo menstrual - passando de uma vivência

corporal dolorosa, para uma vivência psíquica exacerbada e oscilante. Uma vivência compreendida apenas como resultante de processos biológicos “nefastos”, porém “normais”.

O esvaziamento de sentido, relativo ao fenômeno corporal da menstruação, parece desdobrar-se sobre a própria percepção das pacientes, levando-as a atribuírem seus sintomas à conduta de um outro – esta sim, capaz de provocar suas reações exaltadas -, mas somente durante o período pré-menstrual. Assim, o ódio, a auto-depreciação ou a perda da racionalidade, surgem como resultantes de uma falha no outro: no companheiro que não as ouve, na mãe que não as amou o bastante, em “alguém” que certamente poderia responder aos seus apelos, mas recusa-se. “E isso as faz sentirem-se muito mal. Mas, depois, quando chega a menstruação, tudo isso parece sem importância”.

Pode-se observar em tal articulação sintomática uma total falta de conexão entre o que é apontado pelas pacientes como “os determinantes dos sintomas” e as questões subjetivas que as implicam nessa dinâmica. A oscilação sintomática, a exemplo do antes e do depois, relacionados ao ciclo menstrual, repetem um mecanismo de negação da subjetividade, em que o sofrimento insuportável “causado pelo outro” dá lugar a um bem-estar muito grande, uma euforia em constatar que “não há realmente um problema”.

Nesse escamoteamento da realidade subjetiva, toda referência ao ciclo menstrual e suas relações com a sexualidade feminina tende a mostrar-se vazia de sentido, mantendo-se firmemente ancorada na significação orgânica, ignorando sua dimensão simbólica.

Se chega a ser formulada uma demanda de análise, esta visa, num primeiro momento, à resolução de dificuldades situadas nos vários setores da vida - profissional, conjugal, familiar, etc. -, excluindo qualquer interrogação sobre a vivência sintomática do ciclo menstrual ou a própria sexualidade.

Para algumas pacientes, a tensão menstrual é apenas algo que vem fazê-las ver melhor os problemas ao seu redor, cuja resolução lhes parece difícil, por envolver decisões dolorosas, como enfrentar um divórcio, uma demissão, um rompimento, ações que afastem

a situação geradora de sofrimento. Dificuldades que, sendo identificadas no exterior, não remetem ao interior de cada mulher, mas vão fixar-se nos atos do outro, nas palavras, no olhar que as interroga.

Para outras, a síndrome vem se colocar como uma realidade inexorável, um mal feminino que só lhes resta aceitar e com o qual precisam aprender a conviver. Uma doença que, segundo as definições da ciência médica, parece não deixar saídas.

É importante questionar-se o lugar que as definições e os diagnósticos médicos vêm ocupar na sintomatologia dessas pacientes. Por quê as informações sobre a STPM propagaram-se com tanta força, sendo assimiladas tão rapidamente pelas pessoas, principalmente aquelas que se colocam como suas vítimas?

A STPM, hoje, tornou-se matéria amplamente divulgada pelos meios de comunicação, refletindo um grande interesse sobre o assunto, o que demonstra haver algo em seu conteúdo que o faz ser “bem recebido” pelo público.

Sendo instituída como um mal feminino desvinculado de qualquer subjetividade, a STPM tem sido incorporada pela cultura, através de inúmeros esclarecimentos sobre suas estranhas manifestações. Colocando-se como uma “tensão” decorrente da própria oscilação hormonal, associada ao ciclo menstrual, ela vem responder às inquietações despertadas pela instabilidade das mulheres, oferecendo uma certeza tranquilizadora, ainda que fatal: “a tensão pré-menstrual nada revela sobre a maneira como elege suas vítimas, mas a maior parte das mulheres já sentiu ou sentirá seus efeitos, pelo menos uma vez na vida” (Ritmo de Vida; 5, 1996).

Em outras palavras, a tensão pré-menstrual guarda o “segredo” das mulheres.

As mulheres, agora, falam sobre a STPM nas ruas, na televisão, nos jornais; prestando depoimentos; expressando o seu pesar pela ocorrência do ciclo menstrual, sua satisfação pelas novas possibilidades de não mais tê-lo; expondo sua instabilidade emocional, suas reações psíquicas no período pré-menstrual; revelando, enfim, essa “loucura feminina” em suas inúmeras faces. As mulheres falam, falam, mas a “tensão” continua muda, em meio a todo o estardalhaço.

Em revistas destinadas à classe médica - dessas que circulam livremente pelas salas de espera dos consultórios -, os artigos sobre a STPM aparecem com frequência e chamam a atenção. Entre eles, uma curiosa abordagem sobre o assunto mereceu ser aqui destacada, especialmente por ter sido feita por uma mulher:

É como um encontro: você sabe que vai acontecer, tem data marcada e, antes dele, já começa a sentir as emoções à flor da pele. Só que não é um encontro e não há prazer algum nas sensações descontroladas, das quais nosso organismo é vítima (Ritmo de Vida; 5, 1996).

Percebe-se claramente a ambiguidade das frases: “Parece um encontro, mas não é”; “Não há prazer, mas sente-se as emoções à flor da pele”... Ambiguidade tanto mais surpreendente, quando tais frases referem-se a uma síndrome cujos efeitos têm sido descritos por suas vítimas como devastadores.

O texto parece reproduzir com exatidão a forma como as mulheres, em sua maioria, referem-se às suas perturbações associadas à STPM: ao mesmo tempo que há angústia diante de seu descontrole, há um esmero em contar e recontar seus atos descontrolados, sua ira, seu desatino, deixando transparecer algo da ordem da satisfação, do extravazamento.

Esta ambiguidade se faz presente nas queixas feitas por mulheres de várias idades e diferentes condições de vida; em sua maioria, mulheres saudáveis, capazes de elaborar positivamente seus conflitos, mas que, contraditoriamente, ao falarem sobre seu sofrimento, parecem adotar a STPM como um “patrimônio feminino” - algo que pode justificar, para elas mesmas, todas as suas emoções e ações mais drásticas, desde que ocorrendo sob a sua influência.

Esta observação leva à indagação: seria a STPM, em sua condição sintomática, mais um “direito” defendido pelas mulheres de nossos dias - do qual só elas podem falar? Não seria, esta, uma revelação feminina - através da exclusividade dos sintomas - de que nem tudo pode ser partilhado por ambos os sexos?

Não teria sido instituído, deste modo, um lugar somente das mulheres e para o qual, vez por outra, elas se retiram para gozar daquilo que, não podendo fazer parte da linguagem, elas não sabem dizer? Algo que, deste modo, não faz sentido, que as faz perder o sentido, mas que, ao mesmo tempo, pode organizar o gozo desta condição em função de um espaço e um tempo limitados, pois, “neste recesso elas podem tudo, mas somente aí e com hora marcada”.

1.2. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O SINTOMA

Apreendeu-se com Freud que:

Nossa cultura descansa totalmente na coerção da pulsão. Todos nós renunciamos a uma parte de nossas tendências agressivas e reivindicativas de nossa personalidade e, dessas contribuições, origina-se a comum propriedade cultural de bens materiais e ideais” (Freud, 1973, p. 1252).

E ainda, que:

Os neuróticos são aqueles sujeitos que, possuindo uma organização desfavorável, realizam, sob a influência das exigências culturais, uma inibição aparente e, no fundo, fracassada de suas pulsões e que, por isso, só com um enorme gasto de energia e sofrendo um contínuo empobrecimento interior podem sustentar sua colaboração na obra cultural ou têm que abandoná-la temporariamente por enfermidade (Freud, 1973a, p. 1254).

Com isso, Freud fez compreender que a sujeição das pulsões a uma organização da sexualidade, compatível com os ideais dos sujeitos, é fundamental para a saúde psíquica dos mesmos.

Esta organização supõe a elaboração de uma síntese das pulsões sexuais em direção a uma sexualidade normal, colocadas, assim, a serviço da reprodução, como também sua derivação e utilização nos diversos campos da cultura, em favor dos ideais sociais através da sublimação.

Porém, para que essa organização pulsional seja alcançada pelos sujeitos, eles devem passar, ainda, por um processo de definição de sua sexualidade pelo reconhecimento da diferença entre os sexos, na infância; da elaboração do Complexo de Édipo e da ameaça de castração - processos estes que o colocarão em condições de exercer sua sexualidade, mais tarde, na vida adulta.

Com base na análise das fantasias histéricas, Freud descobriu que: "Um sintoma hístico é expressão, por um lado, de uma fantasia masculina e, por outro, de outra feminina, ambas sexuais e inconscientes" (Freud, 1973b, p. 1351). Isso ressalta a sexualidade feminina como uma posição de difícil elaboração pela mulher, devido a pulsões de naturezas contraditórias que, no caso da histeria, parecem mostrar-se inconciliáveis, a não ser no sintoma.

Se o sintoma é uma formação de compromisso entre duas representações inconciliáveis, entre a satisfação pulsional e a censura, ele surgirá sempre como resultado do recalque operado pelo ego, diante de um conflito eminente.

Lançando, agora, um olhar sobre a questão da STPM, cabe refletir se, aí também, o surgimento do sintoma, não terá sido resultado de uma impossível conciliação entre as dificuldades inerentes à condição feminina e as exigências culturais de nossa época, em relação às mulheres.

Como entender o fato de que a emergência dessa "tensão" das mulheres tenha ocorrido paralelamente à emergência feminina, especialmente, neste final de século?

Justamente quando a mulher conquistou o reconhecimento de seus direitos, marcando seu lugar em todos os planos da cultura e partilhando terrenos, outrora somente ocupados pelo homem - por quê, ao invés do júbilo, este sofrimento que vem macular a tão almejada igualdade entre os sexos? Por quê, agora, esta perturbação que a desconcentra, a faz perder a vontade, a incapacita e, até mesmo, a enlouquece? Surge, assim, uma pergunta inevitável: qual a relação entre a evolução da mulher e a evolução do sintoma, no surgimento da STPM?

Tal indagação talvez possa ser melhor ilustrada através de uma frase que se tornou bastante conhecida, alguns anos atrás. Tratava-se de um comercial de absorvente íntimo, que buscava atingir as consumidoras com a seguinte mensagem:

- “Incomodada ficava a sua avó!”

O que esta frase poderia nos fazer pensar?

Em primeiro lugar, ela evoca a imagem de uma mulher moderna, em sintonia com as idéias de sua época. Uma época na qual o avanço da Medicina, trazendo toda uma reformulação dos antigos conceitos sobre a menstruação, a concepção e a sexualidade das mulheres, impôs uma nova representação da feminilidade – como a mensagem da propaganda indica –, diferente das gerações anteriores.

A frase evidencia, também, que essa transformação das concepções femininas não ocorreu como um processo de evolução lento e gradativo ao longo da história, mas como algo que se impôs em poucas décadas. Um tempo curto demais, talvez, para que as transformações culturais pudessem ser acompanhadas de uma elaboração mais satisfatória do “incômodo”, relacionado à sexualidade feminina. Este, como se vê, não se transformou, mas, apenas se deslocou: “as mulheres, hoje, não se incomodam mais com a menstruação – elas se incomodam, agora, com a pré-menstruação”.

O sofrimento relacionado à condição feminina, que antes associava-se à menstruação, tendo que ser “deixado para trás”, parece ter se transferido para o período anterior (à maneira de uma regressão), caindo no esquecimento. O sintoma, entretanto, faz lembrar o recalcado, através da representação substituta “pré-menstruação” ou período pré-menstrual – que conserva a relação com a menstruação, ao mesmo tempo que a nega.

Nota-se que esse deslocamento, preservando o mesmo lugar do corpo, originalmente reconhecido como “fonte do sofrimento das mulheres”, vem colocar em evidência não mais o doloroso sangramento mensal, mas a função essencial (e silenciosa) do aparelho reprodutor feminino – a concepção. Os sintomas psíquicos, manifestando-se como “pré-menstruais”, apresentam-se, desse modo, como duplamente enigmáticos, pois o termo pré-menstrual, referindo-se ao “período do ciclo que antecede a menstruação”, vem significar, apenas, que esta irá ocorrer no futuro, negando-se a conferir um sentido ao que se manifesta naquele momento. A “tensão”, como tal, apenas espera pelo “alívio”.

Esta relação “tensão-alívio”, colocada pela STPM, surge para a escuta clínica como a impossibilidade de simbolização de algo que, retornando através do ciclo menstrual, relança constantemente para a mulher um enigma que se formula a partir do corpo.

A recorrência das “cenas” relatadas pelas pacientes vítimas de STPM remete continuamente a uma vivência que não chega a ser verbalizada, que não pode mesmo ser dita e que, permanecendo fora do código da linguagem, só pode ser vivida como excesso, estranheza, falta de sentido.

Esse excesso, que se manifesta como exacerbação de um processo corporal normal, o ciclo menstrual, vem dizer alguma coisa sobre essa função feminina, que só se evidencia a partir desse exagero. Algo que diz respeito não ao sintoma, mas à mulher, à feminilidade – como uma condição, cujo excesso pode resultar numa vivência sintomática.

Uma vivência que, no caso da STPM, só pode ser abordada a partir de sua sustentação na linguagem pelo significante “menstruação”, o qual vem atribuir-lhe um sentido, retroativamente, permitindo a organização de um discurso. Enfim, algo que “precisou ser dito desta forma”.

Pensar na emergência súbita e abrangente desse mal feminino como uma produção sintomática do século XX nos traz imediatamente à memória as proporções impressionantes alcançadas pelas manifestações histéricas, no século XIX, levando a uma inevitável pergunta: seria a STPM uma reedição da histeria, segundo os moldes da cultura moderna? Ou dever-se-ia pensar a STPM mais como uma “filha”, ou, quem sabe, “neta” da histeria, no sentido de que nela também se poderia encontrar algo da ordem da transmissão de uma “herança” entre gerações? Como pensar as mães das atuais vítimas de STPM?

As similaridades entre ambos quadros clínicos suscitam questões que podem ser colocadas a partir do útero, da função da maternidade, do desejo feminino, das identificações sexuais pertinentes ao acesso a uma posição simbólica e, ainda, das produções sintomáticas, cuja oscilação parece repetir incessantemente uma relação com o gozo – o gozo, tal como é descrito na teoria lacaniana, como o que está fora da linguagem.

Porém, esta relação com o gozo, esse gozo sem palavras, que se evidencia nas manifestações enigmáticas da tensão pré-menstrual, exige ser reportada, antes de tudo, à feminilidade, para só depois abordá-la dentro das questões estruturais.

A teorização lacaniana da sexualidade feminina demonstra que o gozo feminino é decorrente da falta de um significante próprio à feminilidade, capaz de simbolizar o real do corpo da mulher, que permanece como gozo corporal impossível de ser dito. A mulher, mesmo submetendo-se à função fálica, por ser não-toda submetida à castração, mantém uma relação com o gozo, cujo acesso não pode ser barrado, a não ser pela produção de um novo significante, pela via da maternidade.

Isso faz pensar na simbolização da função da reprodução como uma condição primordial para a elaboração psíquica da posição feminina, não somente pela possibilidade de gerar uma criança, mas como acesso a uma significação para os processos corporais associados à concepção, cujo ciclo repete-se constantemente.

Assim, pode-se refletir sobre os sintomas cíclicos da STPM como algo que se coloca para além dessa relação “tensão-alívio”, decorrente das alterações fisiológicas produzidas pelo ciclo reprodutor, como a manifestação de uma vivência corporal não simbolizada, que emerge repetidamente como puramente orgânica, impondo-se como um “gozo sem sentido”, que só cessa mediante a menstruação.

Porém, como compreender esse gozo proveniente do corpo, ou melhor, de que corpo provém tal gozo? Do corpo feminino cujo real não pode jamais ser simbolizado? Do corpo que não se constitui como materno, ou que reluta a perder seu objeto? Do corpo vazio da histerica que se oculta sob o falo?

Dentro de quais processos psíquicos situar tais manifestações: na conversão histerica, como um sintoma; nas afecções narcísicas, como a hipocondria; entre as formações de objeto, como passagem ao ato?

Embora a STPM não se caracterize como uma psicose - uma vez que o discurso das mulheres não perde a referência à sua própria identidade, nem aos dados da realidade, mas apenas em relação ao impacto que essa realidade provoca em seu psiquismo – há que

se reconhecê-la como uma síndrome, cujos efeitos psíquicos são comparáveis à uma loucura momentânea, uma perda de limites para as emoções e as ações de suas vítimas, revelando uma falha simbólica, necessariamente associada ao desencadeamento de uma atuação “fora da lei”. Uma “loucura feminina” desencadeada no interior do corpo, que vai lançar-se sobre o corpo do outro, como um ódio cego e destruidor.

Todas essas faces do gozo, possíveis de serem identificadas na dinâmica da STPM, demonstram que sua compreensão deve ser buscada, não por uma via única, mas através de várias vertentes: a do gozo feminino, como algo que não pode ser simbolizado; a do gozo emergente e pontual relacionado à falha significativa e, finalmente, a do gozo sintomático, associado à histeria – sempre buscando suas relações com as funções corporais da menstruação e da maternidade, as quais constituem o ponto central dessa problemática feminina.

A partir da definição desses aspectos, que parecem ser os mais relevantes para esta investigação psicanalítica, abre-se caminho para muitas questões, como: o que a tensão pré-menstrual vem expressar, através da atuação sintomática das mulheres? Quais as relações entre a vivência fantasmática da tensão pré-menstrual e o processo orgânico desenvolvido no interior do corpo? O que, nessa função biológica, pode desencadear uma vivência insuportável? Por quê, para algumas mulheres, a tensão pré-menstrual é insuportável, enquanto, para outras, não? E, ainda: o que, no nível da fantasia, é eliminado com a menstruação?

É importante esclarecer que todas estas interrogações sobre a STPM e muitas outras, surgidas ao longo deste estudo, envolvem aspectos da sexualidade feminina não enfocados diretamente pela teoria psicanalítica, e cuja abordagem impôs, inevitavelmente, assumir um certo risco: o de tentar estabelecer uma articulação possível entre os conceitos teóricos existentes e esse “novo mal” feminino.

Assim, limita-se, aqui, a refletir sobre os vários aspectos clínicos e teóricos relativos à tensão pré-menstrual, levantando questões com o propósito não de respondê-las, mas de formular algumas hipóteses, que permitam desenvolver uma discussão sobre o assunto.

Pelo fato de uma discussão sobre a STPM suscitar, freqüentemente, interrogações sobre outros aspectos importantes, além daqueles normalmente enfocados dentro do campo psicanalítico, como sua conceituação como doença e a transmissão cultural dos conteúdos simbólicos associados ao processo menstrual, considerou-se indispensável a investigação dos mesmos, dentro das respectivas áreas, para alcançar uma compreensão mais abrangente sobre o assunto.

Assim, propõe-se iniciar esta discussão sobre a STPM partindo das significações relativas à menstruação e à sexualidade feminina, sob os pontos de vista médico e antropológico, cuja contribuição vem enriquecer a investigação da tensão pré-menstrual, dentro do campo psicanalítico.



2. HIPÓTESE E OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESE

De acordo com essas reflexões iniciais sobre o problema da STPM, a hipótese formulada como o eixo principal, sobre o qual deve ser conduzida esta investigação, é:

“A oscilação sintomática da STPM apresenta-se, segundo o mecanismo de oscilação histérica, como dificuldade de simbolização da sexualidade feminina, a partir da função da reprodução.”

2.2. OBJETIVOS

Tendo em vista que o objetivo geral desta pesquisa é realizar uma leitura psicanalítica sobre a STPM, investigando as relações entre os sintomas pré-menstruais e as dificuldades relativas à elaboração da sexualidade feminina, foram definidos dois objetivos principais:

1. Relacionar a tensão pré-menstrual, a partir dos sintomas relatados pelas pacientes vítimas de STPM, com o conceito de gozo corporal feminino, dentro da elaboração psicanalítica do acesso à posição feminina, como não-toda submetida à castração, apenas pela via da maternidade.
2. Relacionar o fenômeno corporal da menstruação, enquanto reinstaurador do equilíbrio psíquico, com a noção psicanalítica de castração simbólica.



3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida tomando como base os dois instrumentos principais utilizados pelo método psicanalítico que são: a fundamentação teórica e a experiência de trabalho clínico com pacientes.

Segundo o objetivo da pesquisa, de realizar uma abordagem psicanalítica sobre a STPM, à luz de casos clínicos, o percurso da investigação foi definido de acordo com os seguintes critérios:

3.1. Os aspectos da exacerbação sintomática pré-menstrual - cuja observação clínica determinou a necessidade de investigar mais profundamente seus determinantes do ponto de vista da economia psíquica e da problemática associada à sexualidade feminina, a fim de melhor compreender o mecanismo da oscilação psíquica ligada aos processos orgânicos. Esta parte da investigação compreendeu:

3.1.1. Revisão da teoria psicanalítica sobre a sexualidade feminina – a partir de Freud, Lacan e outros autores -, buscando esclarecer os aspectos relativos à elaboração da posição feminina e o acesso à castração, assim como à simbolização do corpo feminino a partir da menstruação e da maternidade.

3.1.2. Revisão dos casos clínicos, previamente selecionados no início da pesquisa, a fim de analisar os pontos mais relevantes, evidenciados pelo discurso das pacientes vítimas de STPM, a serem investigados teoricamente. A seleção dos casos clínicos restringiu-se a casos mais graves de STPM, nos quais a oscilação sintomática evidenciava aspectos importantes para este estudo, e cujos atendimentos já haviam sido encerrados antes do início da pesquisa, não envolvendo o risco de uma interferência da mesma em sua evolução clínica.

3.2. O discurso das pacientes sobre a tensão pré-menstrual – que por não estabelecer sua relação com o corpo ou com o processo orgânico associado à menstruação, mas expressar reações emocionais comparáveis a uma “revolta feminina” contra seus maridos e outros, além de sentimentos de depreciação, angústia e extrema agressividade, exigiu uma investigação destas manifestações femininas também sob outros aspectos, além daqueles abordados pela teoria psicanalítica. Estes, foram definidos pelos seguintes critérios:

3.2.1. Tratando-se a STPM de um quadro sintomático cíclico, associado a um processo orgânico normal - o ciclo menstrual -, foi considerado indispensável realizar uma revisão das definições médicas sobre a síndrome, sobre as alterações causadas pelo ciclo menstrual no corpo feminino, e quais os possíveis determinantes orgânicos da tensão pré-menstrual e suas manifestações psíquicas.

3.2.2. O fato de a tensão pré-menstrual apresentar-se como uma síndrome, cujo reconhecimento é recente, mas com uma incidência bastante significativa na atualidade, determinou a necessidade de investigar a evolução da sintomatologia feminina e das concepções culturais sobre a feminilidade, a fim de refletir sobre as possíveis relações entre as questões identitárias femininas e a manifestação da STPM.

3.3. O trabalho de investigação realizou-se de acordo com as seguintes etapas:

3.3.1. Revisão bibliográfica dentro das abordagens descritas acima, ou seja: psicanalítica, médica e antropológica, enfocando os aspectos relacionados à sexualidade feminina e à menstruação.

3.3.2. Elaboração dos casos clínicos, de forma condensada, procurando ressaltar apenas os aspectos principais de cada caso, que pudessem ser relacionados aos aspectos teóricos abordados ao longo de cada etapa da investigação.

3.3.3. Elaboração dos resultados - dividida em duas partes: a primeira, referente às concepções médica e antropológica e, a segunda, referente à teoria psicanalítica. A exposição de casos clínicos foi realizada ao longo do texto, ao final de cada tópico, de maneira a possibilitar uma maior reflexão sobre os aspectos abordados em cada momento. Todas as pacientes receberam nomes fictícios, sendo a sua identidade totalmente preservada.

3.4. A discussão dos resultados partiu da articulação entre as várias abordagens, utilizando sua contribuição para uma reflexão centrada na teoria psicanalítica, sobre as questões relativas à hipótese investigada.

3.5. As conclusões finais demonstraram que a hipótese inicial pode ser sustentada através de sua elaboração dentro da teoria psicanalítica e da discussão de um caso clínico, apresentando-se como uma abordagem possível ao problema da STPM, de acordo com os objetivos propostos.



4. RESULTADOS

PARTE I – Relativa à Pesquisa Médica e Antropológica

4.1. ESSE “MAL FEMININO” – A STPM

A primeira questão que surge numa discussão sobre a STPM diz respeito aos aspectos orgânicos relacionados a sua sintomatologia. Embora suas manifestações sintomáticas não mostrem uma relação evidente com a fisiologia do ciclo reprodutor, o fato de os sintomas surgirem durante o período pré-menstrual e cessarem com o início da menstruação parece indicar uma óbvia associação entre ambos.

Entretanto, essa associação – que, para a Medicina, surge como uma explicação da origem orgânica dos sintomas de tensão pré-menstrual -, para a escuta psicanalítica, ao contrário, vem suscitar inúmeras interrogações.

Os testemunhos médicos ressaltam que, “muitas vezes, as mulheres não têm noção do que se passa com elas”. É frequente as pacientes queixarem-se de “problemas com o marido”, de “estarem inseguras”, “menos dispostas ao sexo”, “mais sensíveis”. É a anamnese que evidencia um período crítico, marcado pela proximidade da menstruação, levando, então, ao diagnóstico de STPM.

Isso vem demonstrar que existem muitos outros aspectos além das alterações orgânicas relativas ao ciclo menstrual que, embora não sejam pertinentes ao campo teórico da Medicina, são identificados tanto pela observação médica, quanto pela observação psicanalítica, e que envolvem questões subjetivas da maior importância para a compreensão dessa sintomatologia feminina, como, por exemplo, a maneira como surgem as manifestações sintomáticas, como são comunicadas aos médicos, quais pessoas elas atingem, quais consequências elas trazem, etc..

Derivando-se de uma distinta abordagem do corpo feminino, as observações feitas pelos médicos sobre a sintomatologia de suas pacientes adquirem um valor muito especial, por fornecerem uma visão esclarecedora sobre certos aspectos não identificáveis através do método psicanalítico, demonstrando, ainda, a complexidade de fatores presentes nas manifestações da STPM, que vão associar-se às alterações orgânicas e hormonais resultantes dos processos biológicos.

O objetivo de realizar uma revisão sobre a abordagem médica da STPM é ampliar a compreensão sobre tal sintomatologia, extraindo da discussão dos aspectos orgânicos da síndrome as questões sobre os aspectos psíquicos, pertinentes ao presente campo de investigação.

Entre as observações mais comuns sobre a STPM destaca-se a indagação: “se a tensão pré-menstrual é uma doença que pode atingir, praticamente, todas as mulheres, por quê não se manifestava antes?”

A literatura revela que, embora a STPM só tenha se tornado objeto de grande interesse científico nas últimas décadas, alguns estudiosos afirmam que ela sempre existiu, sem que seus sintomas fossem identificados e diagnosticados como tal.

Quem primeiro definiu e nomeou a “Tensão Pré-Menstrual” foi *FRANK (1931) descrevendo-a como um conjunto de sintomas bastante comuns, que se apresentam antes da menstruação e desaparecem subitamente com o início do fluxo.

Esta definição vem sendo utilizada, ainda hoje, pela maioria dos autores, por basear-se no caráter cíclico dos sintomas como referencial para o reconhecimento da síndrome, a qual pode manifestar-se de forma variável, a partir do 10º ou até do 14º dia anterior à menstruação (fase lútea), desaparecendo com o início da mesma.

Enquanto parece haver um consenso entre a maioria dos estudiosos sobre a ciclicidade da síndrome, o mesmo não ocorre em relação ao período de manifestação da mesma e muitos outros aspectos, que passaram a ser observados e discutidos com o decorrer das novas pesquisas sobre o assunto.

Ao quadro sintomático inicialmente estudado e descrito por FRANK (1931), novas formas de manifestação foram se agregando, assumindo ao longo do tempo um caráter incomparavelmente mais amplo, tornando-se bastante complexo e mutante. Contudo, sua denominação inicial, “Tensão Pré-Menstrual”, parece ser ainda a mais utilizada, principalmente na sua forma abreviada, “TPM”, tanto para diagnosticar quanto para referir os diversos distúrbios ou a tensão associados à proximidade da menstruação.

* FRANK, *apud* ISRAEL, M.D.S. – **Transtornos Menstruales y Esterilidad**, Buenos Aires, Ed. Bernardes, 1969.

Devido à grande incidência de casos nas últimas décadas e ao aumento do conhecimento sobre suas manifestações sintomáticas, a sigla “TPM” foi incorporada ao vocabulário popular, ocasionando uma certa generalização de seu uso, como sinônimo de alterações, tanto normais quanto patológicas, associadas ao período pré-menstrual e, especialmente, às oscilações do humor feminino.

Porém, se a maioria dos autores concorda que a fisiologia menstrual ocasiona oscilações hormonais e alterações físicas e/ou emocionais, experimentadas pela quase totalidade das mulheres, sabe-se também que existem profundas diferenças individuais entre tais alterações e a percepção das mesmas segundo cada mulher.

Esta constatação determinou a necessidade de uma delimitação mais precisa da patologia relacionada ao período pré-menstrual, visando primeiramente diferenciar os sinais e sensações que são experimentados pela maioria das mulheres, antes do início da menstruação, e que seriam considerados normais, da síndrome pré-menstrual propriamente dita. Os primeiros, em certos aspectos muito semelhantes aos sintomas apresentados na STPM (como inchaço, mastalgia, cefaléia, etc.), não chegam a representar um grande incômodo, devido a sua pouca intensidade e à tolerância desenvolvida pela própria mulher diante das alterações cíclicas de seu corpo. Constituem o estado denominado “molimen menstrual” ou conjunto de sintomas de intensidade variável, geralmente bem suportados, que se apresenta em pelo menos 2/3 das mulheres, no período que vai do 4º a 7º dia antes da menstruação.

De acordo com esta diferenciação, definiu-se que as manifestações pré-menstruais devem ser consideradas patológicas quando o complexo sintomático assume proporções de enfermidade ciclicamente repetida, causando danos à vida da mulher, levando então ao diagnóstico da STPM (ISRAEL, 1969).

Extraí-se dessas definições dois aspectos que parecem ser bastante importantes para a análise da sintomatologia pré-menstrual. O primeiro destaca-se da observação de que é bastante comum ocorrer alguma “alteração” às mulheres durante o período pré-menstrual, ou seja, “há algo que sinaliza”, para as mulheres, a proximidade da menstruação. O segundo surge do próprio critério de diferenciação, indicando que a normalidade ou a patologia (repetição sintomática) pré-menstrual dependem do “modo como esses sinais são suportados” por cada mulher.

Entre os estudiosos da SPM destaca-se DALTON (1979), cujas observações trouxeram novos conhecimentos sobre o assunto. Segundo ela, o termo “Tensão Pré-Menstrual” foi escolhido quando não se compreendia que a manifestação dos sintomas não se limita exclusivamente ao período pré-menstrual, mas pode ocorrer, também, durante o paramênstruo (entre os quatro dias anteriores e os quatro primeiros dias da menstruação), durante a ovulação, na menstruação falha da menopausa e após histerectomia e ooforectomia.

Apesar das observações de DALTON (1979), a definição proposta por FRANK (1931) continua sendo a mais utilizada, o que talvez indique que esta seja a forma predominante de sua manifestação: um complexo de sintomas que surgem de 10 a 14 dias pré-menstruais e desaparecem com o início do fluxo, só caracterizando doença quando afeta o dia-a-dia da mulher na esfera profissional e dos relacionamentos, diferentemente do desconforto pré-menstrual, experimentado pela imensa maioria das mulheres.

Ela propõe, contudo, uma diferenciação entre o quadro da “Tensão Pré-Menstrual”, em que a manifestação seria apenas de sintomas psicológicos, e a “Síndrome Pré-Menstrual”, cujos sintomas seriam tanto psicológicos quanto somáticos. De acordo com esta proposição, o termo Síndrome Pré-menstrual tem sido adotado em catalogações bibliográficas e artigos científicos voltados ao estudo de ambos os aspectos do quadro sintomático (MENDONÇA, DESLANDES, CARVALHO, 1989).

É importante observar que a abordagem de DALTON (1979), menos atual, ressalta a predominância de sintomas psicológicos, voltando-se para uma investigação mais detalhada sobre as condições da vida da mulher.

Enquanto as definições médicas, em geral, destacam que a manifestação dos sintomas pode ocorrer desde a ovulação (14º dia) até às vésperas da menstruação, como um acúmulo crescente da “tensão”, DALTON (1979) enfatiza que os distúrbios psíquicos mais graves costumam ocorrer durante o paramênstruo (quatro dias anteriores e quatro primeiros dias da menstruação).

Esta observação vem demonstrar que as perturbações femininas que comumente ocorriam durante o período menstrual, no passado, são da mesma ordem que as perturbações pré-menstruais, manifestadas atualmente, podendo apresentar-se como uma continuidade do mesmo processo.

Tudo isso vem reforçar a hipótese sobre a ocorrência de um deslocamento dos sintomas e dos conteúdos negativos associados à menstruação, propriamente dita, para o período que a antecede, caracterizando-os como pré-menstruais, ou seja, diferindo apenas quanto ao período predominante de sua ocorrência.

Além de DALTON (1979), outros pesquisadores dedicaram-se a diagnosticar e classificar os diferentes sintomas manifestados na síndrome, propondo, cada um, nomeá-la de forma particular, tentando talvez priorizar os aspectos mais relevantes de sua observação.

A observação de sintomas manifestados durante o período ovulatório, em mulheres hysterectomizadas e na pós-menopausa, deu origem a outras expressões, tais como: Síndrome Ovariana Cíclica ou da Tensão Cíclica, ou ainda, Sintomas Relacionados aos Hormônios Sexuais, abrangendo também a depressão e a psicose puerperais. (BÄCKSTRÖN, BOYLE, BAIARD, 1981; COULSON, 1986; HARLOW, 1991a; KLOCK, 1992).

Nos casos acima, a manifestação dos sintomas durante o período ovulatório leva a questionar a significação desse processo, para as mulheres. Por quê a “tensão” se manteria mesmo após a menopausa?

Para ressaltar a importância dos fatores psicológicos na gênese das manifestações clínicas da SPM, sugeriu-se o termo “edema psicocíclico”.*

Entre os profissionais de saúde mental, outras denominações são encontradas, como: Alterações Disfóricas da Fase Lútea Tardia, Desordem Disfórica Pré-Menstrual, Mudanças Pré-Menstruais, Disforia da Fase Pré-Menstrual ou da Fase Lútea Tardia (HALBREICH, ENDICOTT, LESSER, 1985).

* THORN *apud* ISRAEL, M.D.S. - **Transtornos Menstruales y Esterilidad**, Buenos Aires, Ed. Bernardes, S.A., 1969.

Devido ao surgimento da SPM, geralmente na quarta década de vida da mulher, foi também sugerido chamá-la “Síndrome dos 35 anos”.^{**}

Este constitui um aspecto bastante interessante para a nossa investigação, sugerindo uma associação entre a “tensão” e este momento da vida da mulher. A quarta década associa-se, geralmente, à idéia de um “limite” em relação à fertilidade feminina - uma vez que, após os 40 anos, a gestação envolve maiores riscos, além de terem início certas modificações funcionais, que conduzirão, mais tarde, à menopausa.

Como esta realidade corporal objetiva poderia estar relacionada à tensão vivida pelas mulheres?

Diante da necessidade de diferenciar o quadro sintomático cíclico, que incide somente durante a fase lútea, da exacerbação de alguns sintomas constantes, que apenas pioram durante este período, foi proposto nomear tais formas clínicas, respectivamente, como: SPM Primária ou Típica e SPM Secundária (MASSIL & O'BRIEN, 1987).

Como se pode observar, a grande variedade de nomes propostos reflete a observação pessoal de cada investigador, priorizando alguns aspectos em detrimento de outros, o que conduz a visões parciais e fragmentadas sobre a STPM.

Mesmo a OMS apresenta duas formas diferentes de classificação e nomeação da síndrome. Tendo sido reconhecido como doença em 1978, o quadro sintomático pré-menstrual foi relacionado, na IXª versão da Classificação Internacional das Doenças (CID), no capítulo das Doenças do Aparelho Geniturinário, como Síndrome da Tensão Pré-Menstrual, passando a constar também, na versão seguinte (1989), entre os transtornos mentais, com o nome de Distúrbio Disfórico da Fase Lútea Tardia.

Tal ambiguidade vem continuar a antiga querela relativa às perturbações femininas relacionadas à histeria, cuja sintomatologia foi consecutivamente atribuída ora ao útero, ora ao cérebro, durante toda a história da Medicina - dificuldade de conciliação teórica que talvez tenha contribuído para o seu desaparecimento dos manuais diagnósticos.

^{**} LLOYD *apud* DALTON, K – **A Síndrome Pré-Menstrual e a Terapia por Progesterona**, SP, Ed. Manole, 1979.

Além da dificuldade de formulação de uma definição única, abrangente e clara sobre a SPM, esta dualidade de classificações reflete a própria impossibilidade de articulação pelas teorias organicistas, de sintomas que, fazendo parte de um mesmo fenômeno clínico, são reconhecidos como pertencentes a dois sistemas aparentemente independentes – no caso, o reprodutor e o mental -, desde sempre separados pela Medicina.

Esta parece ser, entre muitas, a questão principal levantada pela STPM - o enigma a interrogar os profissionais da área médica.

Há algumas questões teóricas subjacentes ao entendimento da Síndrome Pré-Menstrual. A mais importante refere-se a sua própria existência como uma entidade distinta ou expressão de processos subclínicos, que se manifestam em determinada fase do ciclo. Também se discute sua natureza, se orgânica ou psíquica. Se psíquica, como explicar sintomas físicos tão exuberantes, inexistentes nas outras doenças congêneres? Se biológica, como atinge sistemas tão diferentes como o digestivo, genital, urinário ou nervoso e com tanto impacto sobre o comportamento e emoções? (NOGUEIRA, 1998, p.2)

4.1.1. Sintomatologia

Pareceria que nenhum tecido do corpo está isento das alterações cíclicas do processo menstrual e que todos os tecidos podem ser afetados por sintomas pré-menstruais cíclicos ou exacerbação de distúrbios crônicos. (DALTON, 1979, p.19)

Cerca de 150 sintomas relacionados à SPM já foram catalogados. Dentre eles, os únicos sinais físicos patognomônicos são o edema e o aumento de peso transitórios. Todos os sintomas já observados não são específicos do período pré-menstrual e podem ocorrer em outras mulheres em qualquer dia do ciclo, mesclando manifestações tanto somáticas quanto psicológicas.

A organização dos sintomas pré-menstruais proposta por BUDOFF (1983) leva à seguinte classificação:

- Psicológicos: ansiedade, irritabilidade ou hostilidade, depressão, acessos de pranto, desordens do sono, tensão nervosa, agitação, dificuldade de concentração.
- Neurológicos: dores de cabeça, vertigens, desmaios.
- Mamários: inchaço, sensibilidade, dor.
- Gastrointestinais: prisão de ventre, distensão abdominal, espasmo, desejo compulsivo de doces ou outros alimentos.
- Urinários: diminuição da frequência.
- Dermatológicos: acne, seborréia.
- Outros: aumento do apetite e da sede, fadiga, edema das extremidades.

Os sintomas mais freqüentes são as alterações emocionais, principalmente a irritabilidade, que pode culminar em acessos de fúria e crises de pranto, causando sérias conseqüências à vida familiar e social da mulher.

Embora a mastalgia esteja entre as queixas mais apresentadas pelas mulheres, por provocar dor e inquietações associadas ao temor do câncer de mama, além de prejudicar o relacionamento sexual, estudo recente demonstrou não haver uma relação significativa entre este sintoma e a STPM (ADER *et al.*, 1999).

O edema também é apresentado pela quase totalidade das mulheres. Alguns autores afirmam que o edema está intimamente ligado às alterações do humor (FRIEDMANN & JAFFE, 1985). Outros, associam-no à gênese de outras alterações, como dores nas pernas e nas articulações, diminuição da coordenação motora, quando localizado nos membros inferiores ou cefaléia, no caso do edema cerebral (FERRIANI, PHILBERT, DUARTE, 1984).

A cefaléia também é muito freqüente no período pré-menstrual, podendo associar-se a outros distúrbios ou constituir uma entidade diferenciada - a enxaqueca menstrual, que incide na semana anterior e/ou início da menstruação.

Entre as várias patologias que podem sofrer agravamento no período pré-menstrual, JOHNSON (1987) e BOGESS, WILLIAMSON, HOMM (1990), citam:

Epilepsia	Enxaqueca	Asma
Acne	Alergias	Alergia endócrina
Angina	Herpes genitais	Artrite reumatóide
D. psiquiátricas	Úlceras aftosas	Dermatite atópica
Angiodema hereditário	Psoríase	Líquem plano
Dermatite herpetiforme	Rosácea	Porfirias
Micose fungóide	Miastenia gravis	S. Behcet
Varizes	Anafilaxia	Lupus
Dermatite aftosa	Distúrbios do sono	

GUERREIRO (1989), demonstrou haver uma estreita relação entre o curso da epilepsia e as fases do ciclo menstrual. A asma é outra patologia que apresenta uma nítida relação com o ciclo menstrual, havendo piora em mais de 40% das doentes no período pré-menstrual (GIBBS *et al.*, 1984; ELIASSON, DENSMORE, DEGRAFF, 1986). Existem também muitos relatos de piora de doenças dermatológicas durante o período pré-menstrual.

Alterações do sono também podem apresentar-se sob a forma de insônia, hipersonia ou parasonia pré-menstrual, que se caracteriza por terrores noturnos e sonambulismo (SCHENK & MAHOWALD, 1995).

É bastante comum a ocorrência de exacerbação pré-menstrual de distúrbios psíquicos, sendo registrado um aumento dos sintomas obsessivo-compulsivos, das interações por depressão (ALMEIDA, 1996) e episódios psicóticos recorrentes nesta fase

(LOVESTONE, 1992). A exacerbação pré-menstrual e comportamento suicida em pacientes com síndrome do pânico também foi documentada (BASOGLU, 2000).

BAILEY & COHEN (1999) chamam a atenção para a diferenciação dos sintomas apresentados por muitas mulheres, que se enquadram nos critérios dos transtornos do humor e ansiedade, e que, coincidindo com queixas pré-menstruais, podem ser encobertos por estas.

Além do aumento das tentativas de suicídio, pesquisas demonstram um aumento de admissões de emergência em hospitais, não só de mulheres na fase pré-menstrual, mas também de crianças vítimas de acidentes domésticos, quando as mães se encontram neste período, levando a concluir que a STPM representa um risco, não somente para suas vítimas, mas também para seus filhos. Estes dados costumam ser associados a dois fatores: a diminuição da coordenação motora das mulheres, tornando-as mais propensas a provocarem acidentes, e o aumento descontrolado da irritabilidade psíquica, levando-as à manifestação de comportamentos patológicos e a cometerem atos agressivos contra si mesmas e os outros.

Todas as manifestações patológicas relacionadas à STPM mostram-se associadas a fatores psíquicos (desencadeamento de angústia, ansiedade, etc.), mais comumente referidos como “tensão nervosa”, a qual é observada por diversos pesquisadores.

Os sintomas psicológicos da tensão pré-menstrual, como depressão, irritabilidade e letargia, são indubitavelmente os mais comuns, e é possível que a tensão esteja sempre presente, mesmo que mascarada por sintomas de apresentação mais grave, como a asma, a epilepsia ou a enxaqueca. (DALTON, 1979)

Segundo Dalton, é característico a paciente ser polissintomática, começando sua manifestação geralmente pela manhã – a mulher sente-se “diferente” – e aumentando gradativamente em variedade e gravidade dos sintomas. Há uma súbita mudança de disposição e uma alteração da personalidade, que podem desencadear reações violentas, falta de controle sobre o consumo de álcool e inclinação ao suicídio. “O início pode ser precedido por um dia de atividade inquieta e hipermania, que mais tarde é inculpada na crise.”(DALTON, 1979, p. 19-20)

Tais observações ressaltam a presença da “tensão”, antecipando a manifestação dos sintomas clínicos, levando a pensar que a percepção dos processos corporais ocorre de modo inconsciente, talvez, mais intensamente durante o sono, determinando que, com o despertar, a mulher sintasse “diferente”.

A tensão começa gradualmente, os sintomas vão em um crescendo, e continuam acompanhados progressivamente por uma sensação premonitória de indescritível insegurança, que se manifesta por um comportamento incomum da mulher, na forma de inquietude, incapacidade para concentrar-se, reações desmedidas ante trivialidades, explosões emocionais irracionais e crises de pranto imotivado, o que configura um quadro semelhante ao de uma enfermidade incipiente. A cefaléia, a dor nas costas e a insônia são acompanhantes freqüentes da síndrome, cuja periodicidade monótona provoca uma expectativa temerosa de novos episódios. A tensão geralmente culmina em atividade maníaca, temperamento explosivo e cortante. A mudança de personalidade pode ser tão marcada que altere o juízo e o controle morais da mulher. (ISRAEL, 1969, p.166)

4.1.2. Etiologia

FRANK (1931) inicialmente atribuiu sua etiologia a uma resposta anormal às alterações hormonais da segunda fase do ciclo, ou seja, uma falha na excreção renal determinaria um alto nível de estrógeno no sangue. ISRAEL (1938) concluiu que a causa da SPM seria não o alto nível de estrógeno no sangue, mas a falta de progesterona para agir como antagonista. Esta hipótese foi apoiada por MORTON (1953), porém a deficiência de progesterona não pode ser comprovada mediante a dosificação do pregnadiol excretado.*

GREENE & DALTON (1953) ressaltaram que esta hipótese não depende da demonstração de um alto nível de estradiol e baixo de progesterona, mas da relação entre os dois.(DALTON, 1979, p.60)

Considera-se que o desequilíbrio endócrino se apresenta como um transtorno do metabolismo dos estrógenos e da progesterona, assim como também da aldosterona. Este desequilíbrio teria como efeito secundário a retenção do íon sódio, dando origem a um excesso de líquido nos vários tecidos.

* *apud* ISRAEL, 1969

A retenção transitória de água pelos distintos tecidos corporais é uma das explicações mais adotadas para os diversos sintomas manifestados na síndrome. GREENHILL & FREED (1940) afirmaram que a retenção de sódio causa um aumento do líquido extracelular dos tecidos, que pode ser microscópico ou chegar a constituir um edema franco. Os sintomas neurológicos, segundo esta teoria, devem-se ao edema do sistema nervoso, possivelmente do cérebro; as náuseas, à inchação do abdômen, ao edema do intestino e, os outros sintomas, aos órgãos específicos afetados.*

A hipótese de uma toxina menstrual foi exposta por JACOBI (1877), apoiada por MATCH (1949) e pelos SMITH (1950), e contestada por ZONDECK (1953).**

GEIRINGER (1951) notou que, além dos hormônios ovarianos, os hormônios do córtex da supra-renal também exercem atividade cíclica, a qual aumenta na semana anterior à menstruação.(DALTON, 1979, p.60)

KUPPERMAN (1963) defende a teoria do excesso de progesterona. Outras duas explicações para a SPM são: o aldosteronismo secundário (REICH, 1962) e o transtorno da função do lóbulo posterior da hipófise (BICKERS, 1952).***

Segundo DALTON (1979), na SPM, o problema situa-se ao nível do trajeto de retroavaliação de progesterona. Sua teoria de que a progesterona é o hormônio responsável ou relacionado ao aparecimento dos sintomas pré-menstruais - seja devido a sua deficiência ou por desequilíbrio funcional - apóia-se na demonstração da deficiência de progesterona através do gráfico de temperatura basal, que aumenta na ovulação e mostra-se em queda numa fase luteínica deficiente. A semelhança dos sintomas pré-menstruais com os da gestação inicial também parecem indicar que, assim como é importante para a manutenção da gravidez, a progesterona teria igual importância nos processos cíclicos da fase pré-menstrual.

* *apud* ISRAEL, 1969

** *apud* ISRAEL, 1969

*** *apud* ISRAEL, 1969

Poder-se-ia supor, aqui, alguma relação entre “o modo como os sintomas e sinais pré-menstruais são suportados por cada mulher” e “a semelhança dos mesmos com os da gestação inicial”? O que esses sintomas, semelhantes aos da gestação, viriam significar para a mulher, a ponto de torná-los insuportáveis? Estas são questões que serão retomadas mais adiante, à luz de uma leitura psicanalítica.

Apesar de sua teoria basear-se no papel da progesterona para a gênese dos sintomas pré-menstruais, DALTON (1979) enfatiza que outros fatores podem ser desencadeadores da síndrome, entre eles: o grau de tensão e preocupação na vida da paciente, a sobrecarga de esforços no trabalho e os períodos de jejum, capazes de desencadear enxaquecas e outras dores, crises hipoglicêmicas, pânico, choro, alergias, asma, depressão, etc., além da tendência familiar a apresentar este tipo de sintomas.

A ocorrência dos sintomas numa relação temporal com a menstruação, sugere que o centro de controle menstrual, no hipotálamo, está implicado na etiologia. O hipotálamo é facilmente afetado por estímulos cerebrais. Isto explica porque o padrão menstrual é alterado em ocasiões de tensão. Os sintomas cíclicos persistem após a histerectomia e/ou ooforectomia, o que sugere que o local etiológico não se situa dentro do útero ou ovário, mas poderia estar no hipotálamo, pituitária, supra-renais ou em outro lugar qualquer. (DALTON, 1979, p. 61)

Esta posição é retomada por MEDINA (1977), o qual ressalta as diferenças do funcionamento hipotalâmico, de acordo com o sexo: no hipotálamo masculino, a secreção das hipofisotrofinas é contínua, ao passo que no feminino é cíclica. Na fisiologia menstrual, cujo circuito é constituído por ovários – adeno-hipófise – hipotálamo, a comunicação de uma deficiência ou excesso hormonal à hipófise, por sua vez, solicita ao hipotálamo a liberação ou suspensão hormonal, de modo a restabelecer a normalidade, em face de todo desequilíbrio funcional ou emocional. O hipotálamo, não sendo autônomo, sofre influências nervosas, psíquicas e hormonais.

Todas as emoções podem agir sobre o hipotálamo, onde são transformadas em reações endócrinas, vasculares e humorais” (MEDINA, 1977, p.9)

Mesmo que voltada para a compreensão dos fatores orgânicos, a observação médica, freqüentemente, constata uma correlação entre as emoções e as alterações orgânicas apresentadas pelas pacientes.

Há hipóteses sobre o desequilíbrio orgânico, baseadas em alterações bioquímicas que foram detectadas em alguns estudos, mas que continuam sendo discutidas e questionadas. Outras, giram em torno de mecanismos múltiplos, de acordo com o sintoma predominante. A ansiedade seria determinada pela ação estrogênica, com estimulação do sistema nervoso central (SNCI); a retenção hídrica seria consequência da elevação de ACTH, angiotensina II e aldosterona; a cefaléia seria decorrente da deficiência de magnésio, do aumento da tolerância aos carboidratos ou da síntese deficiente de prostaglandinas.

Na depressão também haveria deficiência de magnésio (HARGROVE & ABRAHAM, 1982; CLARE, 1985). A hipótese de que os hormônios ovarianos influenciam o metabolismo de cálcio, magnésio e vitamina D, associa a deficiência destas substâncias à gênese de vários transtornos psíquicos (THYS-JACOBS, 2000). Estas patologias também têm sido analisadas como resultantes das variações dos níveis de progesterona, estradiol, FSH e LH, não se chegando a nenhum resultado conclusivo (SEIPPEL & BACKSTROM, 1998; YOUNG & KORSZUN, 1998).

Os dados acumulados sobre a depressão revelam que, antes da puberdade, os índices são baixos e iguais entre ambos os sexos. Porém, por volta dos 14 anos, a taxa feminina torna-se progressivamente mais alta, até os 34 ou 35 anos, quando a incidência dos primeiros episódios diminui. Nos EUA, a incidência de doença mental mostrou-se duplicada nas mulheres, com pico entre 30 e 44 anos, o que levou os estudiosos a concluir que 21% das mulheres terão pelo menos um episódio depressivo em sua vida (YONKERS & CHANTILIS, 1995).

Os resultados das pesquisas sobre a STPM têm levado à conclusão de que o funcionamento cíclico do mecanismo reprodutivo tem realmente um impacto na biologia feminina, sob vários aspectos, como: o metabolismo do cálcio, o metabolismo glicêmico, com tendência à hipoglicemia no período pré-menstrual, possíveis variações dos níveis de colesterol, diminuição da resistência orgânica, alteração do ritmo do sono, da força muscular, dos processos cognitivos, etc.. Além de depressão, mulheres têm mais síndrome do pânico, fobias, doença obsessivo-compulsiva, somatização, ansiedade e desordens do apetite, sendo esta vulnerabilidade feminina também atribuída, predominantemente, aos fatores hormonais (STEINER, 1992; PAYKEL & PRIEST, 1992).

Contrapondo-se a estes dados, porém, uma investigação mais cuidadosa realizada por alguns médicos, com suas pacientes, revelou a ocorrência de muitos outros fatores que poderiam estar associados à sintomatologia por elas desenvolvida.

MENZER, BENARON e STURGIS (1957) observaram que, em algumas pacientes, os diferentes tipos de disfunção menstrual ou desequilíbrio hormonal coincidem com a aparição de certos conflitos emocionais.*

GIRDLER *et al.* (1998) encontraram um alto índice de histórias de abuso sexual e elevado nível de stress em pacientes com STPM. VANSELOW (1998) afirma que muitas mulheres apresentam problemas externos ao ciclo menstrual, que contribuem para os sintomas: mudanças cíclicas no humor; intercorrências patológicas ou comorbidade; contexto social e/ou marital, familiar, profissional e cultural; interpretação pessoal dos fatores anteriores.

A análise de dados como estes faz com que muitos considerem a STPM uma doença exclusivamente psíquica. Ao lado da grande quantidade de dados biológicos documentados, essas observações revelam a profunda complexidade da relação entre o psiquismo e a biologia feminina, em sua ciclicidade reprodutiva.

Devido às limitações impostas pelos próprios métodos de investigação, a tensão pré-menstrual persiste como uma condição mal definida e mal compreendida, apesar do grande número de publicações sobre o assunto. Os fatores de risco, as condições que propiciam o desencadeamento do problema e o perfil das mulheres atingidas ainda não puderam ser definidos.

4.1.3. Incidência

Embora a STPM tenha sido descrita como uma das doenças mais comuns existentes, sua verdadeira incidência é de avaliação difícil. Alguns pesquisadores afirmam que, além do preconceito ainda existente em relação aos sintomas manifestados na síndrome, em grande parte emocionais, muitas mulheres não se dão conta da natureza de seus problemas pré-menstruais, em virtude de apresentarem uma história menstrual normal e indolor.

* *apud* MEDINA, 1977

Apesar da tensão pré-menstrual se manifestar na adolescência e na pré-menopausa, é na mulher madura, entre 30 e 45 anos, que a condição se manifesta mais freqüentemente, tendendo a desaparecer na menopausa com a cessação definitiva das regras.

Há ainda pacientes com doenças específicas, cuja sintomatologia piora durante o período pré-menstrual, mas que se mantêm em tratamento constante, em clínicas especializadas e que dificilmente são alcançadas pelos levantamentos realizados.

DALTON (1979) salientou o fato de que um aumento do conhecimento do público sobre os problemas da STPM, através dos meios de comunicação, poderia determinar um aparente aumento de incidência da doença, uma vez que o reconhecimento dos sintomas levaria mais mulheres a comunicá-los.

Isto parece realmente ter acontecido, como revelam os números estatisticamente levantados, ultimamente. É discutível, porém, se o aumento do número de casos registrados deve-se a um maior esclarecimento sobre os sintomas e sua existência como doença, fazendo com que as mulheres passassem a comunicá-los cada vez mais, ou se o conhecimento sobre a doença é que tem influenciado cada vez mais mulheres a atribuírem seus conflitos e perturbações emocionais a causas orgânicas, associando-os à “TPM” – como uma sigla que dá margem às mais genéricas e amplas interpretações.

Um estudo sobre a percepção da STPM pelas mulheres sugeriu ter havido uma certa adaptação do termo médico ao que elas consideram um fenômeno feminino normal, ou seja, uma experiência de tensão ordinária, implicando em reações e comportamentos costumeiros (SVEINSDOTTIR, LUNDMAN, NORBERG, 1999). Outro estudo revelou uma correlação entre maior número de sintomas percebidos e relacionados pelas mulheres e maior conhecimento adquirido sobre a STPM (MARVAN & ESCOBEDO, 1999).

Uma pesquisa realizada com mulheres que aguardavam na sala de espera dos serviços de saúde, em Campinas, detectou que, embora a incidência de sintomas fosse grande, poucas haviam procurado tratamento para o problema. Segundo aquelas que o fizeram, os profissionais disseram que “não era nada”. Entretanto, das 254 mulheres entrevistadas, apenas 13,8% negaram sintomas pré-menstruais, enquanto que 22,4%, os

tinham de forma leve; 20,5% com forma moderada, tendo pelo menos um sintoma intenso, sem prejuízo da vida pessoal e 43,3%, sob forma grave, com sintomas intensos e danos à vida pessoal (NOGUEIRA, 1998).

Experiência semelhante foi relatada nos Estados Unidos, numa pesquisa com mulheres de 26 a 56 anos que revelaram ter buscado tratamento médico cinco ou seis anos antes de obterem um diagnóstico, passando por mais de três médicos, até consegui-lo. Segundo elas, “a maioria dos médicos consultados não soube fazer um diagnóstico” e, somente poucos, utilizaram um questionário de sintomas para a STPM; em 76% dos casos, “a sugestão de STPM foi feita pela própria paciente”, a partir de outras fontes de informação (KRAEMER & KRAEMER, 1998).

Refletindo-se um pouco sobre estes casos, em que o diagnóstico de STPM foi sugerido aos médicos pelas próprias pacientes, pode-se pensar: por que será que esses médicos não responderam prontamente à demanda das pacientes por um diagnóstico de “sua doença”? Poderiam ter percebido algo de uma outra ordem, nas queixas das pacientes - algo para além do sintoma orgânico?

Devido à diversidade de definições e à escassez de levantamentos metodologicamente adequados, para expressar numericamente tais dados, as taxas de incidência apresentam muitas variações.

Alguns autores afirmam que cerca de 70% a 90% das mulheres apresentam sintomas recorrentes, com um grau de comprometimento físico ou mental temporário de 20% a 40% (REID & YEN, 1981; VITIELLO, 1985). Num grupo de 384 voluntárias, FRIEDMANN & JAFFE (1985) encontraram apenas 5% sem nenhuma sintomatologia. ANDERSCH *et al.* (1986), entre 1000 mulheres de 18 a 46 anos, estimaram a presença de sintomatologia em 92%. Um estudo com 1045 mulheres dos Estados Unidos, Reino Unido e França, entre 18 e 49 anos, detectou um percentual de 80% de queixas de irritabilidade, fadiga, inchaço e ganho de peso, sendo que 50% relatavam algum prejuízo ao desempenho profissional e afastamento do trabalho em virtude dos sintomas pré-menstruais (HYLAN, SUNDELL, JUDGE, 1999).

Já BÄCKSTRÖM (1992), num estudo com mulheres entre 18 e 45 anos, obteve um resultado de 25% sem sintomatologia, 30% com variações de humor e apenas 3% de quadros severos. No Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, entre 1000 pacientes de 10 a 49 anos, apenas 29% apresentaram sintomas pré-menstruais, com um índice de gravidade de 7,9% (DIEGOLI *et al.*, 1994).

Um estudo com adolescentes entre 17 e 25 anos, avaliando a incidência e intensidade de sintomas pré-menstruais, estimou que dos muitos sintomas relacionados, apenas uma pequena porcentagem enquadrava-se nos critérios de STPM, definidos pela American Psychiatric Association (CISZEK-DONIEC *et al.*, 1999). Outra pesquisa realizada entre estudantes, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, revelou que 77% das entrevistadas sofria algum desconforto pré-menstrual, sendo 6,8% a porcentagem de casos severos (CAMARGO, 1990).

Uma pesquisa recente sobre tentativas de suicídio em adolescentes revelou que 50% delas estavam no período pré-menstrual ou menstrual. Um fato que despertou a atenção do pesquisador foi a relação estabelecida espontaneamente por algumas adolescentes entre os seus sintomas pré-menstruais e a tentativa de suicídio. Segundo ele, poderia haver uma relação entre as tentativas de suicídio e um atraso menstrual ou medo de gravidez (CASSORLA, 1981).

Neste caso, o observador estabeleceu uma relação importante entre a atuação suicida das adolescentes e o medo de gravidez. A semelhança entre os sintomas pré-menstruais e os da gestação inicial poderia originar ou mesmo intensificar alguma fantasia a esse respeito?

Dalton ressaltou que a gravidez aparece em muitas mulheres, como o primeiro período de sintomas, normalmente até o terceiro mês. Quando os sintomas evoluem, levando à pré-eclâmpsia, 78% dessas mulheres tendem a desenvolver sintomas pré-menstruais. Ela chama a atenção também para uma alta incidência de depressão puerperal, precedendo a SPM grave, como que constituindo seu ponto de início. Observando a relação entre gestação e SPM, Dalton encontrou um aumento proporcional na gravidade dos sintomas quanto maior o número de filhos.

Nota-se que a gravidez aparece associada a várias patologias, ressaltando o efeito perturbador que esta situação pode exercer sobre o psiquismo de algumas mulheres. Dalton estabelece uma relação entre uma primeira vivência problemática da gestação e a repetição dos sintomas, posteriormente.

Essa observação permitiria supor uma relação entre as perturbações psíquicas da tensão pré-menstrual e a repetição de uma vivência imaginária, associada à gravidez?

Tal questão também pode ser colocada em relação ao estudo realizado por NOGUEIRA (1998), no qual a incidência de sintomas graves apresentou-se maior nas mulheres com filhos, do que nas nuligestas. Além disso, foi constatada também uma maior gravidade da STPM nas mulheres que “viviam com companheiros”, nas que haviam se submetido à “ligadura tubária” e nas que “não trabalhavam fora de casa”.

Estes dados delineiam, a princípio, um perfil de mulheres que desempenham o papel de “donas de casa”, fator que poderia ser suposto, nestes casos, como possível fonte de conflitos ou revelar algum grau de insatisfação com sua condição feminina. Porém, qualquer associação desta situação e seus significados para essas mulheres não foi investigada nesta pesquisa, não sendo possível, portanto, extrair destes dados maiores conclusões.

Entretanto, fica a interrogação: em que “viver com um homem”, “não poder mais ter filhos”, “nem trabalhar fora de casa”, pode influenciar no desenvolvimento de sintomas pré-menstruais?

A suposição de uma relação entre a tensão pré-menstrual e uma visão conflitante da posição feminina também pode ser feita a partir dos dados extraídos de outras populações estudadas: na China, foi detectada uma alta correlação entre os sintomas de depressão e a tensão associada ao estudo e ao trabalho, proporcionalmente ao maior nível cultural das mulheres e ao desagrado em relação à menstruação (ZHAO, WANG, QU, 1998); em Israel, verificou-se a influência das mensagens negativas sobre a menstruação, provenientes da educação (ANSON, 1999); no México, maior correlação entre os sintomas e o alto nível educacional das mulheres (MARVAN, DIAZ-EROSA, MONTESINOS, 1998).

Todas as pesquisas sobre as alterações pré-menstruais visam ao estudo de sintomas que caracterizem a STPM enquanto doença; não há pesquisas sobre qualquer outra forma de alteração pré-menstrual não-sintomática, embora muitas mulheres relatem sentirem algumas mudanças positivas, neste período, como: maior interesse sexual, maior vigor no trabalho e atividades esportivas, intelectuais, etc.

Na pesquisa realizada por NOGUEIRA (1998), entre 110 mulheres com formas graves de SPM, nove relataram maior desejo sexual na fase pré-menstrual, porém este dado apareceu como negativa ao item investigado no questionário, que era “diminuição do desejo sexual”, não sendo feita nenhuma correlação entre desejo sexual e outros aspectos investigados na pesquisa.

Por quê algumas mulheres vivenciam a tensão pré-menstrual como “excitação sexual” e outras como “manifestação sintomática”?

É importante destacar como estas questões são consideradas fundamentais nas abordagens menos atuais sobre a STPM, em que os sintomas clínicos e as alterações do comportamento feminino são interpretados em sua relação com os demais aspectos da vida da mulher e os possíveis conflitos em relação à sexualidade feminina.

Quando se observa mulheres com tensão pré-menstrual séria, não se pode escapar à convicção de que as alterações cíclicas no comportamento devem derivar de alguma maneira de bases psicógenas inconscientes. Existem, indubitavelmente, inúmeros mecanismos psicológicos, tais como complexos de Édipo não resolvidos, desavenças matrimoniais ocultas e fobia à gravidez, que podem ser responsáveis por algumas variedades clínicas da tensão pré-menstrual (ISRAEL, 1969). Ainda que se apresente em mulheres sem neurose, o transtorno é mais sério naquelas com predisposição neurótica (COOPER, 1963), com problemas nas relações familiares (PAULSON, 1961), e naquelas que não são capazes de alcançar por completo o papel psicossocial e psicosexual que esperavam (FORTIN, 1958). Há uma relação direta entre a magnitude da tensão pré-menstrual e a labilidade emocional ao longo do ciclo (LAMB, 1953), e todo tratamento médico fracassa, quando exclui os fatores emocionais e psicológicos (THORN, 1957).” *

* *apud* ISRAEL, M.D.S. - **Transtornos Menstruales y Esterilidad**, Buenos Aires, Ed. Bernardes, S.A. 1969, p.171.

4.1.4. Diagnóstico

Sendo considerada como a única doença que, para o diagnóstico, não depende do tipo dos sintomas, mas da relação temporal dos mesmos com a menstruação, a STPM depende, para seu diagnóstico, quase que exclusivamente das comunicações feitas ao médico pela própria paciente.

Não havendo uniformidade de definições, nem padrões internacionais estabelecidos, o método diagnóstico consiste em avaliar a relação entre o ciclo menstrual e a gravidade do quadro sintomático. As diferentes formas clínicas são identificadas através dos dados transmitidos pelas pacientes, os quais, sendo fruto de sua observação e interpretação pessoal, estão sujeitos a variações cognitivas, culturais, sociais, à vivência particular de cada mulher. Mesmo quando há sinais físicos observáveis, a natureza subjetiva dos sintomas vem, então, dificultar a objetivação diagnóstica buscada pelos médicos.

Para auxiliar o clínico nesta tarefa, alguns critérios foram estabelecidos baseando-se na presença comprovada de determinado número de sintomas físicos e emocionais, que devem ser repetidos durante pelo menos dois ciclos, com prejuízo da vida profissional e pessoal da mulher, confirmando o diagnóstico de STPM.

Para a caracterização da doença, a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) exige a comprovação de pelo menos cinco sintomas, sendo um necessariamente emocional, incidindo na fase lútea na maioria dos ciclos, numa magnitude capaz de interferir na vida profissional e interpessoal da mulher, através de registros diários dos mesmos durante dois ciclos sintomáticos (PIRES & CALIL, 1991).

HARGROVE & ABRAHAM (1982) definiram quatro grupos de sintomas, cada um deles desencadeados por diferentes fatores:

- a) ansiedade, irritabilidade ou tensão nervosa;
- b) edema, dores abdominais, mastalgia e ganho de peso;
- c) cefaléia, aumento de apetite, desejo de doces, fadiga, palpitação e tremores;
- d) quadro depressivo com insônia, choro fácil, esquecimento e confusão.

Segundo MORTOLA (1992), a manifestação dos sintomas pode variar desde o período da ovulação até o início da menstruação. A severidade do quadro caracteriza-se por pelo menos quatro destes sintomas: confirmação de brigas pelo parceiro, distúrbios de comportamento com crianças, performance prejudicada na escola ou no trabalho, isolamento social, dificuldades legais, idéias suicidas ou busca de atenção médica para algum sintoma somático.

Nos casos de agravamento de muitas patologias, neste período, o que distingue a STPM de outros estados mentais que provocam alterações no comportamento, também é sua associação à menstruação; no caso da depressão pré-menstrual, por exemplo, os sintomas relacionados às mamas e abdômen são considerados diferenciais em relação ao diagnóstico da verdadeira depressão.

Na busca de parâmetros mais seguros, alguns instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de objetivar, na medida do possível, os dados relatados pelas pacientes. Assim como os gráficos utilizados por Dalton para registrar e avaliar as ocorrências sintomáticas durante o ciclo menstrual, outros instrumentos foram desenvolvidos para guiá-las na monitoração dos próprios sintomas.

Além da exigência de auto-avaliações diárias, vários autores elaboraram questionários e calendários de sintomas, procurando desconsiderar, o máximo possível, a percepção da paciente e a associação que ela estabelece entre seus sintomas e o ciclo menstrual (SMITH & SCHIFF, 1989; CHIHAI, 1990; HARLOW, 1991,b). Instrumentos como o Premenstrual Assesment Form (PAF), exclusivo para a SPM e a Daily Rating Form (DRF), buscam avaliar desde alterações físicas, de humor e de comportamento, até o registro de eventos considerados significativos, enfocando as diferentes fases do ciclo, de forma a estimar numericamente as variações ocorridas, e confirmar ou não a presença da doença (HALBREICH *et al.*, 1982; CUMMING *et al.*, 1991). Além destes, para avaliar aspectos como, irritabilidade, tensão, depressão, alterações do humor e grau de severidade dos sintomas, são utilizados: Visual Analogue Scales (VASs); Premenstrual Tension Syndrome Observer (PMTS-O) e Self-Rating (PMTS-SR) (STEINER *et al.*, 1999).

Embora todos estes instrumentos destinem-se à obtenção de uma maior precisão nos dados coletados, sua validade é discutida por muitos estudiosos. A principal crítica feita a este método é de que a monitoração diária dos sintomas pelas pacientes poderia produzir um efeito artificial na sua expressão. Apesar da contestação de seus defensores, alguns estudos revelaram que algumas mulheres, quando confrontadas com uma lista de sintomas, tendem a registrar um número maior deles, do que expressam habitualmente, exagerando sua gravidade (BÄCKSTRÖM, 1992; GOTTS, MORSE, DENNERSTEIN, 1995).

4.1.5. Tratamento

Da mesma forma que os dados disponíveis para o diagnóstico médico não se mostram absolutamente precisos e confiáveis, os tratamentos propostos até agora também têm se mostrado muito discutíveis, sendo desenvolvidos, em sua maioria, a partir de experimentos com medicamentos, e apresentando melhoras apenas relativas, não se chegando ainda a nenhuma solução realmente eficaz para “curar” os sintomas pré-menstruais.

Nos muitos estudos sobre o assunto, estas melhoras são relatadas a partir de tratamentos com vitaminas, diuréticos, hormônios, antidepressivos, etc., os quais não são apontados como completamente responsáveis pelo controle dos sintomas, demonstrando a existência de outros fatores, cuja dinâmica ainda é ignorada pelos pesquisadores.

Sobre os tratamentos hormonais é importante citar DALTON (1979), que desenvolveu a terapia por progesterona, para tratamento da SPM. Ela própria, entretanto, nunca aconselhou sua utilização de forma indiscriminada, indicando-a somente para algumas mulheres e quando outros tratamentos anteriores não alcançassem o êxito esperado. Entre as opções prévias indicadas por ela estão os tranqüilizantes, os antidepressivos, diuréticos, progestágenos, pílulas anticoncepcionais, anfetaminas e analgésicos, além da tranqüilização da paciente através do gráfico menstrual.

Seu método de tratamento foi discutido por vários estudiosos. Num experimento com pacientes com STPM, utilizando progesterona, SMITH (1975) concluiu que, em 57% dos casos, a melhora dos sintomas não apresentava relação com a presença ou

ausência de progesterona. DALTON (1979), por sua vez, afirmou que o tratamento com progesterona é freqüentemente bem-sucedido e que os fracassos se devem a diagnósticos errados, freqüência ou dosagens incorretas.

Segundo ISRAEL (1969), a multiplicidade de causas possíveis demonstrou, na prática clínica, que o tratamento requer múltiplas vias de ataque. Ele propõe tratar os sintomas com ansiolíticos, antidepressivos, derivados de progesterona, diuréticos, sempre aliados à psicoterapia, pois nenhum tratamento único é eficaz na STPM.

As opções de tratamento atuais podem incluir, desde medidas mais simples como uma reeducação alimentar, programas de exercícios, algumas mudanças de hábitos visando evitar o stress (MORSE, 1999); programas de monitoração dos sintomas para o auto-controle e alívio da angústia (TAYLOR, 1999); a terapia cognitiva (DAUGHERTY, 1998) e outros. Tais indicações, porém, ocorrem em um número muito menor do que os tratamentos medicamentosos e ainda são pouco conhecidas.

Há estudos baseados na eficácia da suplementação alimentar, porém muitos autores ainda se mostram reticentes a esse respeito. Alguns autores afirmam que a administração de substâncias naturais e fitoterápicas, demonstraram uma melhora dos sintomas pré-menstruais superior a 50%, sem contra-indicações (LOCH, SELLE, BOBLITZ, 2000; HARDY, 2000).

A suplementação diária de vit. B-6 é indicada como tratamento para depressão pré-menstrual, enquanto que sua utilização combinada com magnésio seria apropriada no combate aos sintomas de ansiedade (tensão nervosa, irritabilidade, humor). A suplementação de cálcio à dieta alimentar também é sugerida no tratamento da STPM (WYATT *et al.*, 1999; DE SOUZA *et al.*, 2000; WARD & HOLIMON, 1999).

Os métodos não farmacológicos como modificação da dieta, exercícios e psicoterapia, são claramente suplantados pelo uso de medicação, principalmente por meio de três: os liberadores do hormônio gonadotrófico (GnRH), os benzodiazepínicos e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) (MORTOLA, 1997).

Na depressão pré-menstrual pode ser adotado também o tratamento com estrógeno (JOFFE & COHEN, 1998). A esta afirmação também se contrapõe a opinião de que, embora o estrógeno seja mais eficaz que a progesterona - o que explicaria a eficácia da combinação de contraceptivos orais, que contém estrógeno, nos tratamentos da STPM -, os sintomas depressivos nem sempre respondem positivamente aos tratamentos hormonais (TIEMSTRA & PATEL, 1998).

A maioria dos estudos documentados apoiam a eficácia do inibidor seletivo da recaptação da serotonina – Sertraline -, demonstrando que sua ação sobre os sintomas pré-menstruais é superior a dos antidepressivos não-serotonérgicos (FREEMAN, 1996; DIEGOLI *et al.*, 1994; ERIKSSON, 1999).

Enquanto a eficácia deste medicamento vem sendo demonstrada repetidamente no tratamento dos distúrbios psíquicos da STPM, estudos comparando seus resultados com os do tratamento-placebo revelam que o último também produz algumas melhoras, embora menores (CULAV-SUMIC, SKOCILIC, JUKIC, 1999; JERMAIN *et al.*, 1999; PEARLSTEIN *et al.*, 2000). Num outro estudo comparativo sobre os efeitos de SSRI (sertraline), o antidepressivo tricíclico (desipramina) e um placebo, também se chegou a uma conclusão semelhante: embora o primeiro tenha se mostrado mais eficaz em relação aos outros dois, estes atingiram resultados iguais, revelando que o placebo agiu tanto quanto a segunda substância testada (FREEMAN *et al.*, 1999).

Nota-se que o fato de um placebo produzir efeitos benéficos sobre a sintomatologia das pacientes não é levado em conta nestes experimentos. Seu objetivo em tais estudos é apenas gerar um número estatisticamente comparativo ao percentual de melhora obtido com a substância ou medicamento a ser testado. Porém, sendo esta uma variável presente em todo experimento e que pode até ser estimada numericamente, os pesquisadores não chegam a ignorá-la, embora seja desconhecida para eles. As experiências envolvendo placebos trazem repetidamente a comprovação de seus efeitos, interrogando os profissionais da área médica, desmontando as certezas oferecidas pelos números e pelos medicamentos.

Particularmente no caso de pacientes com STPM, muitas experiências realizadas, utilizando medicamentos e placebo, para efeito de comparação dos resultados, não encontraram nenhuma diferença significativa entre os grupos estudados, obrigando os pesquisadores a reconhecerem a existência de outros fatores responsáveis pelo mecanismo de manifestação e desaparecimento dos sintomas.

REEVES, GARVIN, McELIN (1971) administraram diurético e placebo no tratamento da síndrome pré-menstrual, utilizando dois grupos de pacientes, cujo alívio dos sintomas, no final, não apresentou diferenças. JORDHEIM (1972), em experiência semelhante, obteve os mesmos resultados comparativos com três tipos de medicação: progestágeno, progestágeno combinado com um diurético e placebo, não obtendo diferenças significativas em nenhum dos grupos. O autor concluiu que apesar dos bons resultados obtidos no tratamento de pacientes com STPM, há uma reincidência dos sintomas após a interrupção do tratamento, levando a crer que o fator psicológico é predominante neste tipo de sintomatologia.

Por “fator psicológico” subentende-se, obviamente, os efeitos da relação transferencial estabelecida entre as pacientes e os médicos, cuja influência positiva no tratamento não se mantém depois de sua interrupção, obrigando a uma reativação desse vínculo, através da reprodução dos sintomas.

A investigação deste fator, cada vez mais evidente na STPM, pode ser demonstrada através de alguns experimentos mais radicais, como o realizado por FREEMAN & RICKELS (1999), no qual 101 mulheres com SPM severa foram tratadas com placebo, manifestando uma melhora de mais de 50% dos sintomas.

Experimentos como este revelam a “pseudo-eficácia” dos medicamentos em algumas patologias, despertando o questionamento de muitos sobre os outros aspectos das doenças, que não somente aqueles abordados pela Medicina.

Na falta de respostas precisas para o enigma da STPM, os médicos têm que adotar todos os procedimentos ao seu alcance, através de tentativas que podem ou não dar resultado. Porém, toda conduta de tratamento, quando voltada apenas a atender a demanda das pacientes, irá destinar-se, não a “ouvir” os sintomas e, através deles, às pacientes, mas a “silenciar” suas manifestações.

É o que se pode observar através de artigos como o de MOLINE & ZENDELL (2000), que propõem a seguinte estratégia: primeiramente, deve-se indicar um tratamento comportamental; quando este falhar, o tratamento medicamentoso e, se este, por sua vez, só fizer aumentar a angústia da paciente, deve-se optar pela eliminação do ciclo hormonal associado com a ovulação, suprimindo a menstruação.

Embora seja motivo de grande controvérsia entre os médicos, a supressão da menstruação vem sendo adotada já a algum tempo, não somente como método anticoncepcional, mas também para eliminar os sintomas pré-menstruais e outros transtornos, associados à menstruação.

A descrição de uma série de doenças associadas à atividade menstrual, chamadas doenças catameniais, além da anemia e da SPM, procura incentivar esse procedimento, demonstrando os riscos que a menstruação representa para a saúde da mulher. São elas: dismenorréia, enxaqueca, asma, trombocitopenia menstrual, porfiria, artrite, epilepsia, insônia e hipersônia, pneumotórax catamenial, endometriose, miomas e outras. Os efeitos maléficos da menstruação sobre a mulher são o principal argumento utilizado para justificar sua eliminação, tanto como medida terapêutica, quanto preventiva, uma vez que “corta o mal pela raiz” (COUTINHO, 1996).

Aqui, é importante perguntar: que mal se trataria de cortar pela raiz? A menstruação? Os efeitos do aparelho reprodutor? As queixas das mulheres? O incômodo que elas provocam?

Diante das indagações colocadas pela STPM, das incertezas reveladas pelos experimentos científicos e do persistente enigma que paira sobre o aparelho reprodutor feminino, a supressão radical do seu funcionamento surge para o saber médico como uma certeza possível.

Entretanto, essas incertezas reveladas através das definições e observações médicas vêm representar, para a investigação psicanalítica, o caminho para um questionamento. Entre os muitos aspectos importantes observados nessa sintomatologia feminina, chama particularmente a atenção a relação apontada entre os sintomas pré-

menstruais e os da gestação inicial, assim como a manifestação de sintomas associados à ovulação, mesmo em situações nas quais não são mais esperados como, por exemplo, na pós-menopausa. Tais aspectos vêm nos indicar a presença de algo que deve ser interrogado, em relação à vivência imaginária desses sintomas associados à concepção e à função que a “tensão” e a “menstruação” vem desempenhar na repetição sintomática das vítimas de STPM.

Esta relação surge de um modo muito interessante na discussão sobre a utilização dos anticoncepcionais pelas mulheres:

A menstruação incorporou-se de tal modo à cultura no mundo inteiro que, com o advento da pílula anticoncepcional, que dava pela primeira vez à mulher a oportunidade de não menstruar, a maior preocupação da indústria farmacêutica e dos médicos foi desenvolver um regime de administração que assegurasse às usuárias a ocorrência de um sangramento mensal que simulasse uma menstruação. A possibilidade de manter a mulher sem menstruar por vários meses inviabilizaria, segundo os entendidos, o uso da pílula, porque, com a falta de menstruação, as usuárias iriam se julgar grávidas, acusando os fabricantes de induzi-las a tomar pílulas ineficientes. (COUTINHO, 1996, p.19)

O fato de as mulheres aderirem a métodos anticoncepcionais que preservam o sangramento mensal e não à supressão contínua da menstruação desperta interrogações, como a de COUTINHO (1996, p.44): “Porque a grande massa de mulheres do mundo inteiro não passou a se valer dos recursos disponíveis para deixar de menstruar?”

A OMS patrocinou um estudo em 1983, por meio do qual se investigou de que modo se apercebiam da menstruação, mulheres de dez países: Egito, Índia, Indonésia, Jamaica, México, Paquistão, Filipinas, Coréia, Reino Unido e Iugoslávia. A maioria das mulheres entrevistadas relatou algum desconforto físico relacionado à menstruação ou com o período anterior a ela. As mulheres de todas as culturas também relataram mudanças de humor, em menor número. Um terço das entrevistadas revelou que descansa durante o período menstrual (como na Índia). A maioria também acreditava que as relações sexuais não deveriam ser mantidas no período menstrual. Apesar dos aspectos negativos da menstruação, agravados em muitas culturas pelos tabus que afastam a mulher menstruada

da comunidade, considerando-a suja, a maioria das entrevistadas revelou-se inclinada a não usar um anticoncepcional que as livrasse do sangramento mensal.*

Embora as concepções culturais e os tabus relacionados à mulher menstruada sejam aspectos importantes para a compreensão da rejeição existente em relação à menstruação, por tratar-se de um tema muito amplo, sua discussão será feita mais adiante. No momento, observe-se que a conclusão dos pesquisadores indica que, apesar da menstruação ser objeto de rejeição cultural, as mulheres não desejam livrar-se dela, ao contrário do que era esperado.

Os resultados da pesquisa, então, são interpretados como uma resistência das mulheres a livrarem-se do sangramento mensal, por associarem “menstruação com feminilidade, fertilidade e juventude”, sendo a menopausa encarada como velhice.

A idéia de que “a mulher foi feita para procriar e não para menstruar” leva esses especialistas a deduzirem que, se a mulher não quer procriar, ela não precisa menstruar. Constatar que, no entanto, as mulheres querem menstruar, torna-se incompreensível para eles. Enquanto procura-se justificar a “desnecessidade da menstruação”, enfatizando seu caráter prejudicial à saúde da mulher, o que se propõe eliminar é o próprio ciclo reprodutor feminino, considerado por essa visão médica como uma “função inútil”.

Entretanto, seja por rejeitarem este modelo patológico de feminilidade, seja devido a preconceitos e tradições culturais, ao medo da gravidez ou a motivos particulares à sua própria história, as mulheres continuam menstruando e, em alguns casos - como as vítimas de STPM -, esperando ansiosamente o estranho alívio trazido pela menstruação.

A STPM vem ressaltar, portanto, que a função do aparelho reprodutor, longe de ser uma coisa inútil, “colocada em desuso” pelos métodos de controle da natalidade, é algo que ocupa um lugar importante na subjetividade feminina. E que faz indagar quais seriam as conseqüências de sua supressão, em relação à dinâmica psíquica de algumas pacientes.

-Para que esse aspecto seja melhor elucidado, segue-se um breve relato clínico:

* OMS – **Patterns and Perceptions of Menstruation – A World Health Organization International Study**, 1983, *apud* COUTINHO, E., 1996, p. 21-2.

Caso Clínico M.S.

“Maria do Socorro” é uma mulher de 34 anos, que sofre de uma depressão cíclica profunda, para a qual já buscou tratamento médico, sem resultados satisfatórios. Usando antidepressivos já há dois anos, ela diz que, embora os medicamentos não eliminem sua depressão, acredita que eles a ajudam a suportar suas dificuldades.

“Tenho depressão pré-menstrual. Isso foi a coisa mais terrível que podia ter acontecido na minha vida. Desde que comecei a sofrer de tensão pré-menstrual, não consigo mais trabalhar, nem viver como antes. Não posso ter uma vida normal. Fui despedida do trabalho, porque comecei a faltar muito; não conseguia ir trabalhar quando ficava mal e isso prejudicava o serviço. De lá para cá, não arrumei outro emprego; fico com medo de assumir uma responsabilidade e não poder cumprir.”

“Quando vem a depressão, eu não converso com ninguém, não consigo me concentrar em nada, nem saio de casa. Tenho a impressão que, se eu sair, vou matar alguém. Eu me tranco em casa, me enfio na cama, tomo uns calmantes e só durmo. Fico dias sem tomar banho, sem me alimentar; não cuido de mim, nem da casa. Me faz muito mal me ver assim, descuidada. Quando melhora, eu fico outra pessoa.”

A depressão de M.S. não é compreendida pelas outras pessoas, pois acham que ela não tem motivos para se deprimir – é independente e não tem problemas financeiros, nem em seu cotidiano. Assim, só fala com os amigos quando está bem, ou seja, quando vem a menstruação. Aí, ela volta a ter vontade de viver, chega até a pensar em procurar um trabalho, retomar suas atividades, mas depois de alguns dias, sente-se decaindo novamente e volta a se isolar. Apesar de alguns homens tentarem se relacionar com ela, prefere evitar qualquer aproximação amorosa, pois sente que não consegue gostar de nenhum.

No passado, teve um companheiro durante vários anos, que a abandonou sem explicações. Nunca haviam pensado em ter filhos e ela se surpreendeu ao descobrir que o companheiro a deixara para unir-se a outra mulher, que estava grávida. Esse desejo por um filho que nunca havia aparecido em sua relação com o companheiro surge como algo enigmático, que a interroga em sua condição de mulher, pois nunca se imaginara como mãe. A partir daí, não se permite mais nenhum envolvimento amoroso, justificando-se através da depressão e da impossibilidade de ter uma vida normal.

A decisão de permanecer sozinha vem se ligar ao fato de que este não foi o primeiro abandono em sua vida. Sua história familiar é marcada por uma rejeição materna que, para ela, é tão incompreensível quanto a separação do companheiro. Os relatos familiares indicam que até seus primeiros anos de vida havia uma relação de cuidado e afeto, com a mãe, a qual foi rompida bruscamente, quando esta deu à luz um casal de gêmeos, do qual somente a menina sobreviveu. Após a morte do menino, a mãe ficou dias sem sair do quarto, sem permitir que ninguém se aproximasse da filha recém-nascida e, daí em diante, passou a viver só para ela, esquecendo-se de M.S.. Daí em diante, ela passou a contar apenas com os cuidados do pai que, embora fosse carinhoso, “não podia cuidar bem de uma menina”. Ele aceitava calado as atitudes da mãe e M.S. procurava ir “vivendo sem dar trabalho, resolvendo suas coisas sozinha” e sempre ajudando quando alguém precisava. Acha que, apesar de tudo, nunca foi triste. Vivia bem, tinha muitos amigos.

Com os demais familiares, sua relação é afetuosa, mas, apesar de esforçar-se muito, sempre sentiu que não conseguia agradá-los, de verdade. Depois da separação conjugal e de ter sido demitida do trabalho, procurou reaproximar-se da mãe, que novamente se recusou a acolhê-la. Não consegue compreender a razão da rejeição materna, sobre a qual ela diz: “é como se eu nunca tivesse existido”. E, depois disso tudo: “Eu resolvi não pensar mais nisso e continuar a minha vida. Mas, do jeito que eu estou, não posso ter uma vida.”

A história de M.S. é a de uma menina que se viu imaginariamente morta, para a mãe; que não pôde ser socorrida pelo pai e que calou-se. Escondendo de si mesma a sua tristeza ela buscou, ao longo de sua existência, apenas “ser importante para alguém”, sem jamais almejar ocupar, em suas relações afetivas, uma posição subjetiva equivalente à de sua irmã ou de todas as outras mulheres. M.S. “nunca se viu como mãe”, pois no olhar da mãe, ao invés de encontrar uma imagem amável que lhe possibilitasse identificar-se potencialmente à condição feminina, ela via apenas o reflexo de uma criança morta, “uma semente destinada a não dar frutos”.

Depois de uma sucessão de abandonos, quando seu ser de mulher teve que ser interrogado, ela só pôde responder com a depressão pré-menstrual – signo da morte que marcara a sua vida.

Fechando-se ao mundo exterior, M.S., finalmente, vai encerrar-se no fantasma do desejo materno, presa num gozo silencioso no qual ela submergia durante a metade dos seus dias. E quando nenhum olhar ou nenhuma palavra pareciam poder se colocar em relação ao vazio simbólico no qual ela mergulhara, o sintoma tornou-se a única mediação possível para um pedido de socorro - representado pela sigla “TPM”, mediante a qual a significação de seu drama pôde ser buscada.

Para esta mulher que “nunca se viu como mãe”, que “sempre foi sozinha” e “nunca foi triste”, o que teria significado “cortar o mal pela raiz”? A eliminação do ciclo menstrual, neste caso, poderia eliminar também o “abandono” de sua vida, ou seria, ao contrário, sua fatal confirmação, silenciando o único pedido de socorro que ela conseguira expressar?

4.2. AS CONCEPÇÕES CULTURAIS SOBRE A MENSTRUACÃO

A STPM vem trazer a peculiar constatação de que, embora a menstruação seja comumente interpretada como um “incômodo” imposto à mulher pela natureza, ela pode desempenhar, também, uma importante função de “alívio”. Este fato, capaz de intrigar os cientistas - que vêem rejeitada, não a menstruação, mas seus modernos métodos de eliminação da mesma -, também merece atenção.

Esta “alteração” operada pela STPM veio possibilitar não somente a percepção dessa função desempenhada pela menstruação na organização psíquica das mulheres, mas a articulação de um discurso sobre a mesma, a partir das manifestações sintomáticas associadas ao ciclo menstrual. Um discurso que, antes, parecia não poder existir.

Até poucas décadas atrás, os assuntos femininos eram mantidos entre quatro paredes. A sexualidade feminina, sob qualquer aspecto, não era jamais discutida abertamente, como nos dias de hoje. E a menstruação, sinônimo de incômodo, limitação, dor e, porque não dizer, sujeira, fazia parte dos segredos femininos, como algo que não devia ser exposto.

Falar em menstruação sempre significou referir-se a um assunto um tanto “delicado”. O uso de expressões como “aqueles dias”, fazia alusão ao período menstrual como a ocorrência de uma coisa, da qual “nem era bom falar”, e que refletia-se no plano

das relações interpessoais, afastando as mulheres do convívio social e até mesmo do trabalho. Esse afastamento das mulheres demonstrava envolver a mobilização de sentimentos negativos e conflitantes sobre a sua sexualidade, que iam muito além do desconforto associado ao processo fisiológico.

Sabe-se que, ao longo da história, a menstruação foi alvo de inúmeras associações de conteúdo negativo, sendo interpretada como motivo da inferioridade feminina e também como um “castigo”.

Tal concepção sobre a menstruação pode ser encontrada em depoimentos de muitas mulheres que, como Zélia Gattai Amado, a descrevem como uma penitência: “Durante muitos anos, o castigo se repetiu com dolorosas cólicas pré-menstruais e forte tensão.”*

À primeira vista, depoimentos como este ressaltam o caráter indesejável do sangramento mensal que, além de ser motivo de rejeição cultural, é também fonte de inúmeros transtornos femininos. Porém, o fato do processo menstrual desempenhar, na STPM, o papel do próprio “remédio”, vem demonstrar que, para suas vítimas, sua significação é tranquilizadora, benéfica – é algo que precisa acontecer.

E é isto que torna a função da menstruação tão intrigante para alguns estudiosos: como um “castigo” pode se tornar um “alívio”?

4.2.1. A menstruação, da natureza à cultura

A concepção do sangramento feminino como um castigo, remonta à criação do mundo - à figura de Eva, cujo pecado original, imputa a todas as mulheres a condição de pecadoras e herdeiras da mesma pena:

“Multiplicarei sobremaneira os sofrimentos da tua gravidez; em meio a dores dará à luz teus filhos; o teu desejo será para o teu marido, e ele te governará.”(Bíblia, Gênesis).

* AMADO, Z.G. *apud* COUTINHO, E. – **Menstruação, a Sangria Inútil: uma análise da contribuição da menstruação para as dores e os sofrimentos da mulher** – S.P., Ed. Gente, 1996, p.11

A natureza da sexualidade feminina como algo incontrolável, pecaminoso e capaz de gerar consequências maléficas, encontra-se assim representada desde o começo da humanidade. E a menstruação, sendo um processo biológico relativo à função da procriação, é tomada como o suporte material dos inúmeros significados atribuídos ao ser da mulher, remetendo de forma velada à essa “pecaminosa natureza feminina”.

Assim, o desejo feminino, ao mesmo tempo em que é reconhecido em sua finalidade de procriação - como originário da humanidade -, também aparece associado, ao longo de toda a história, à uma força poderosa, à transgressão, ao castigo, ao que constitui uma ameaça para a própria cultura. Um desejo que, fazendo parte da vivência primitiva de todos os sujeitos, torna-se objeto de recalque, para somente existir no inconsciente, como o inaceitável da sexualidade.

A ascensão do homem à cultura, realizando-se através do seu domínio sobre a natureza, vai encontrar na mulher - em suas características biológicas ou naturais: fertilidade, maternidade, sexo e menstruação - a representação de tudo aquilo que é primitivo e precisa ser dominado, submetido à civilização.

Desse modo, as leis que fundamentam a civilização, sendo baseadas no reconhecimento das diferenças entre os sexos e da interdição do incesto, impõem restrições aos homens, em relação ao comércio sexual com as mulheres, incluindo também a proibição do contato sexual com mulheres menstruadas, como uma das principais regras a serem respeitadas, nas mais diversas culturas.

Nota-se que, na elaboração desses fundamentos culturais, a menstruação vem funcionar como um fator regulador da normatização social, deixando de ser apenas um sinal de maturidade biológica, para tornar-se um fenômeno pleno de significação simbólica.

Por ser um fenômeno natural, o sangramento menstrual é associado, na simbologia primitiva, à natureza, ao animal, ao obscuro, ao demoníaco, fazendo com que a própria mulher seja vista como portadora de poderes maléficos.

Estudos antropológicos demonstram que os primitivos tabus contra coabitação com mulheres menstruadas, o horror associado à visão de uma mulher nua durante sua menstruação e a crença de que as mulheres neste período são perigosas e sujas, encontram-se ainda arraigados como um forte laço de identidade, possível de ser observado tanto nas superstições, quanto nas fantasias das pessoas de diferentes culturas.

Tais crenças originam-se de lendas, mitos e fatos históricos, que descrevem, cada um a seu modo, o nascimento da cultura, caracterizando-o essencialmente como o momento de dominação da mulher pelo homem. Eles revelam uma concepção mítica da mulher, como dona de um desejo poderoso que, em algum momento anterior à dominação cultural masculina, é suposta prevalecer sobre os homens.

Esta idéia dá origem a muitas versões sobre este tema, despertando a atenção de historiadores, antropólogos e cientistas sociais que buscam encontrar as razões para explicar a dominação cultural feminina pelo homem.

Baseadas nessas suposições e em alguns indícios, resultantes de buscas arqueológicas, as teorias da evolução do século XIX propuseram a existência de sociedades anteriores às nossas, regidas pelo princípio do matriarcado, nas quais a mulher teria sido publicamente reconhecida como igual ou mais poderosa que o homem.* Essa suposição, entretanto, é rejeitada pela visão antropológica atual, segundo a qual, esses mitos, no lugar de refletir a história, são expressões de sonhos e fantasias culturais ou confirmações de posições políticas nas sociedades onde são reveladas.

É justamente este aspecto das elaborações culturais que as torna importantes, sob o ponto de vista deste trabalho, pois evocam uma realidade que não pode ser abordada concretamente, mas somente através da fantasia, da suposição de um momento mítico, em que o poder da mulher possa ter se colocado como absoluto.

A representação da sexualidade feminina como o continente a ser dominado pelo homem, o “recalcado” sobre o qual se ergue a civilização, está presente em três diferentes momentos da organização cultural: o Mito, a Religião e a Ciência.

Dentro deles, são encontrados alguns aspectos relativos ao recalque cultural da feminilidade que podem ajudar a refletir sobre sua função simbólica e como ele incide sobre o corpo da mulher e a menstruação, determinando não somente o lugar que lhe será designado na cultura, mas também as contradições que se colocarão como impasses na constituição da própria identidade feminina.

* BACHOFEN, 1861, *apud* ROSALDO & LAMPHIRE - **A mulher, a cultura e a sociedade** - Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979, p.19

Propõe-se, então, uma breve incursão através desses terrenos, lembrando que o objetivo não é empreender uma análise antropológica sobre o feminino, mas sim extrair, através de alguns recortes, elementos que ampliem a visão psicanalítica sobre os conteúdos inconscientes relacionados ao corpo e à sintomatologia feminina e suas manifestações enigmáticas.

4.2.2. A Mulher, a Menstruação e o Mito

Entre os mitos e cultos primitivos, a subjugação feminina aparece como o tema central de uma grande variedade de narrativas. Nelas, as mulheres são retratadas como “perigosas” e a sexualidade feminina associada a um poder demoníaco, temido pelos homens e cuja dominação é representada como fundamental para a própria preservação dos indivíduos.

Para melhor ilustrar esses aspectos, cita-se como exemplo um dos rituais realizados por algumas tribos da América do Sul, que encena a seguinte história:

“Houve um tempo, muito distante, em que as mulheres dominavam a Kina. Elas inventaram a Grande Cabana, de onde surgiam totalmente pintadas e com máscaras em suas cabeças, fazendo os homens pensarem que eram espíritos. Os homens não reconheciam suas esposas, cujos urros e rugidos os amedrontavam tanto, que eles corriam para dentro de suas cabanas e se escondiam apavorados. Deste modo as mulheres os mantinham submissos e os obrigavam a fazer todo o trabalho. Era sempre assim. Mas um dia, o Homem Sol descobriu o segredo das mulheres e as desmascarou para os outros homens, que as mataram. Desde então, eles atuaram na Grande Cabana do mesmo modo como as mulheres fizeram, e uma nova ordem social estabeleceu-se; as mulheres, antes soberbas proprietárias da Kina, tornaram-se subordinadas aos homens.”*

O mito Yamana-Yaghan, do Brasil, é uma das variantes de uma série de mitos cultivados por algumas sociedades tribais, que narram a revolta e a dominação masculinas sobre o poder maléfico das mulheres, que se faziam passar por espíritos, mantendo-os submissos, ou que os seduziam para cometerem o incesto, espalhando doenças e atraindo toda a espécie de castigos sobre eles.

* GUSINDE, 1961, *apud* BAMBERGER, J. – O Mito do Matriarcado - in **A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade**, R.J., Ed. Vozes, 1979, p. 239-40

Nele, o “poder maléfico” das mulheres é descrito como algo incontrollado, perigoso, capaz de amedrontar os homens, levando-os a fugir. O mito faz uma referência ao poder da sedução feminina, através do segredo da máscara, como aquilo que encobre a identidade das mulheres, fascinando os homens e fazendo com que eles se entreguem ao incesto, sem saberem.

Pode-se interpretar essa imagem cativante e perigosa que domina os homens, trazendo sua destruição, como a própria imagem do falo, que o corpo feminino, e mais especificamente o corpo materno, representa na vivência primitiva dos sujeitos. Um falo poderoso que domina a fantasia da criança e do qual o homem deve fugir.

A dominação feminina, relatada neste mito como o início de um novo tempo, apresenta uma elaboração similar, em alguns aspectos, ao Cristianismo. Ela é marcada pela intervenção do “Homem Sol”, que por ser nascido de uma menina virgem, tem o poder de resistir à sedução feminina, desvendando o segredo das mulheres, ou seja, revelando sua castração, e fazendo com que os homens se tornem os guardiões da máscara, transformada em objeto proibido e cultuado nos rituais, como o símbolo do falo poderoso, que nenhum mortal pode encarnar.

Esta ascensão do homem sobre o “poder maléfico feminino” representada nos mitos e cultos primitivos, fundamenta, por sua vez, a existência de inúmeros tabus, entre eles, o tabu da menstruação.

O temor aos malefícios causados pela menstruação determina o afastamento das mulheres durante o período menstrual e toda uma série de costumes severamente respeitados entre os primitivos. Assim como no mito, o tabu da menstruação ressalta o “poder maléfico feminino”, tomando o sangue menstrual como seu suporte simbólico. Isto o faz converter-se numa arma poderosa das mulheres, fazendo com que os homens acatem seus desejos, com receio de que elas lhes sirvam comida preparada no período menstrual ou deixem gotejar seu sangue sobre eles enquanto dormem.

Este temor à contaminação pelo sangue menstrual que, segundo a concepção mágica primitiva, é causador de doenças, pode ser interpretado como o temor ao contágio pelo desejo que, sendo despertado em um só indivíduo, tem o poder de espalhar-se entre os demais.

Assim, a mulher é considerada tabu em sua totalidade e não unicamente, nas situações derivadas de sua vida sexual - a menstruação, a gravidez, o parto e o puerpério. Quando o homem inicia algum empreendimento especial, uma partida de caça, uma expedição guerreira, ou uma viagem, deve manter-se afastado da mulher, pois qualquer contato com ela pode paralisar suas forças e o conduzir ao fracasso. As mulheres e os homens devem viver separados e, em alguns casos, é proibido até pronunciar os nomes das pessoas do sexo oposto. As mulheres devem possuir um vocabulário especial, sendo o domínio da linguagem um privilégio dos homens; devem aparentar ignorância e obediência e ajoelhar-se para servi-los.

Porém, dentro da concepção primitiva, evitar o contato feminino não é o bastante para protegerem-se contra o poder de seu desejo. A condição para que as relações heterossexuais se mantenham, dentro dos limites necessários à preservação dos indivíduos, é que a castração feminina seja representada através da imagem submissa da mulher, assegurando ao homem o domínio de sua masculinidade.

Nesta luta dos sexos, os direitos e privilégios masculinos são documentados e justificados através dos mitos e rituais, nos quais a influência e a autoridade femininas são totalmente ausentes e as mulheres, invariavelmente retratadas como eternas perdedoras de seus filhos para os acampamentos masculinos. A separação dos jovens é dramatizada em longas cerimônias de iniciação masculina, que parecem expressar a própria dificuldade do homem em afastar-se de sua mãe.

Algumas dessas cerimônias, como as realizadas pelos Caiapós do Brasil Central, expressam a ideologia masculina num ritual de humilhação e violação femininas, em que a intensidade dos castigos parece ocorrer na mesma proporção que o medo sentido pelo homem em relação à mulher e à necessidade de dominação da mesma. Isso leva a supor que tais rituais simbolizam, também, a realização de fantasias incestuosas inconscientes, cuja representação, através da violação feminina praticada nas cerimônias, teria como finalidade satisfazer esses desejos femininos, evitando a hostilidade contra o homem.

A mesma necessidade de evitar a hostilidade feminina foi observada por Freud em relação ao tabu da virgindade, segundo o qual a defloração das mulheres não deve ser realizada pelos próprios noivos, mas por outro elemento da tribo, designado para esta função. Segundo a interpretação de Freud (1973, p.2444), tais figuras escolhidas para desempenharem o papel de deflorador são substitutos do pai ou do irmão, em relação aos quais a jovem nutriu sentimentos de inveja e rivalidade. No ritual, o agente da defloração deve funcionar como suporte simbólico para tais sentimentos, assim como pela frustração e pela dor da primeira experiência sexual, livrando, assim, o marido da hostilidade da esposa.

Este tabu demonstra a percepção, entre os primitivos, de sentimentos femininos derivados da relação da filha com o pai, que são transferidos para o marido, no casamento. De acordo com Freud, trata-se de sentimentos hostis, nascidos da frustração, inveja e rivalidade em relação ao pai e ao irmão. Porém, sendo o deflorador um substituto parental, poder-se-ia supor que este ritual tem também a finalidade de simbolizar a realização de uma fantasia primitiva, ou de um desejo primitivo de uma relação sexual com o pai, ou mesmo com a mãe – ambos objetos do desejo e da hostilidade da menina –, e que, por ser incestuoso, não deve ser transferido para o marido.

Os homens primitivos parecem reconhecer esta ambivalência nas mulheres, capaz de levá-las à realização de atos destrutivos, e temem sua hostilidade, mesmo que elas demonstrem submeter-se ao seu domínio. Por isso, eles devem satisfazer aos seus desejos, evitando que elas se zanguem.

O medo de que elas se vinguem deles, através da menstruação, demonstra um reconhecimento de que as mulheres não aceitam facilmente sua castração. A menstruação simboliza uma potência fâlica, que apenas pode ser neutralizada nas mulheres, mas nunca abolida de seu interior, e cuja renúncia coloca-se sempre na dependência de sua aceitação. A importância conferida pelos primitivos à satisfação dos desejos femininos revela-se como uma compensação necessária à mulher, para que esta aceite a frustração mais fundamental e profunda, que é o fato de sua castração.

Os mitos primitivos revelam uma figura de mulher poderosa, que só pode ser controlada pelo distanciamento dos homens e pela subjugação, por via dos rituais, dos costumes e das compensações sociais a ela oferecidas. Pensando no fato de as mulheres

primitivas aceitarem com naturalidade essa posição junto aos homens, permitindo inclusive sua violação nos rituais, pode-se supor que essa submissão não signifique, entre os primitivos, uma prova da inferioridade feminina, mas sim uma expressão de dominação sexual desejada pela mulher. Neste sentido, a força e a dominação masculinas estariam associadas à representação da violação sexual, sendo atributos necessários ao homem, para satisfazer os desejos incestuosos inconscientes da mulher, os quais, por sua própria condição de inconscientes, não podem ser integrados à sexualidade como tal.

Pode-se perguntar também se tais desejos, apreendidos e elaborados pelos primitivos, não corresponderiam às fantasias de violação das pessoas civilizadas, mantidas inconscientes tanto pelos homens quanto pelas mulheres, por referirem-se a comportamentos severamente condenados em nossa cultura. Isso talvez tenha uma relação com o fato - freqüentemente observado em clínica - de que certas mulheres queixam-se de seus maridos, quando estes, muitas vezes, são transformados por elas mesmas em seus algozes.

Caso Clínico M.J.

“Maria José” – 40 anos, casada, sem filhos – crises violentas de agressividade com o marido, durante o período pré-menstrual.

“Estou desesperada. Acho que estou ficando louca. Eu tenho que acabar com o meu casamento, cheguei no meu limite. Passo metade do mês bem e, a outra metade, brigando. Tenho “TPM” e não consigo me controlar; estou agredindo cada vez mais o meu marido. Tudo o que ele faz me irrita, e o que ele não faz também. Acho que ele não presta pra nada. Quando eu começo a pensar nisso, me dá um ódio! Um dia desses, ainda vou matar meu marido! Acho que é melhor eu me separar, mesmo!”

M.J. se descreve como uma mulher independente, que sempre trabalhou e, naquele momento, sustentava os pais, velhinhos, e um irmão, cheio de problemas e muito dependente de sua ajuda. Este, segundo ela, sempre foi muito acomodado, medroso, nunca se empenhou em trabalhar, de modo que os pais nunca puderam contar com ele, mas só com ela. A mãe era uma mulher muito forte, que apoiou o pai durante toda a vida, porém

submissa a ele. Ela nunca entendeu porque a mãe permitia que o pai gritasse com ela e mandasse na casa, se ela não precisava dele para nada. Sempre achou humilhante a posição de sua mãe, mas ela parecia não se incomodar com isso e dava-se muito bem com o pai.

Após o casamento, ela e o marido ficaram morando na casa de sua família, para que ela pudesse continuar cuidando dos pais, que já tinham uma idade bastante avançada.

“Esperava ter um apoio quando casei, mas ele se acomodou, pois, lá, tudo sempre funcionou sem ele. Eu continuo sustentando a casa e tenho que cuidar de tudo, pois, quando ele tenta ajudar, faz tudo errado.”

Segundo M.J., cuidar de todos sempre foi sua função na família: ao invés de ter apoio do marido, “parece que eu é que sou o homem da casa.”

Assim que ela se deu conta dessa situação, surgiu a tensão pré-menstrual. Passou a sofrer crises cada vez mais violentas de irritação e agressividade contra o marido. Ele se mostrou surpreso e atemorizado no começo, mas depois passou a ameaçar ir embora se ela não parasse de agredi-lo. Ela nunca acreditou em suas ameaças, pois o julgava acomodado demais para isso. Pensava que ele não iria abrir mão das comodidades que ela lhe oferecia. Este pensamento a deixava mais irada e, às vezes, no auge de suas crises pré-menstruais, ela o atacava fisicamente, atirando-lhe objetos cortantes, insultando-o e fazendo cenas que provocavam a intervenção de toda a família.

“A chegada da menstruação me traz um alívio muito grande, fico mais calma, até bem-humorada. Mas enxergo claramente que devo me separar do meu marido, pois esta relação está ficando sem controle. Só que, quando eu penso que vou ficar sozinha, que não vou encontrar mais ninguém, que eu não tenho mais idade para tentar... aí eu desanimo. Nunca tive sorte nos relacionamentos amorosos; os homens pareciam não me enxergar como mulher. Eu já achava que ia ficar solteira, cuidando dos meus pais, quando conheci meu marido e, no começo, eu fiquei muito feliz, porque ele era muito carinhoso. Eu nunca tive prazer sexual; tudo o que eu queria era ter o carinho de alguém. Nunca desejei ter filhos, porque já tinha muita gente pra cuidar e um filho só iria trazer mais preocupação e trabalho. Mas, às vezes, eu me pergunto se é isso mesmo que eu quero. Mas não dá para ser diferente - com esse traste de marido! Não sei porque eu fui me casar.”

M.J. encontrou para marido um homem que reproduzia o modelo de seu pai e de seu irmão: dependente, acomodado, “sem valor”. Porém, se isso a mantinha na posição de “o homem da casa”, conferida pelos pais desde cedo, não resolvia a questão do enigma representado pelo desejo da mãe, que se deixava humilhar pelo pai, parecendo satisfeita. Essa imagem materna submissa e satisfeita revelava-lhe um gozo que a angustiava, quando ela se imaginava igualmente usada pelo marido. A própria posição feminina no coito, embaixo do homem, era vista como sinal de inferioridade e até de agressão – era um prazer ao qual ela não se permitia. As crises de TPM e as agressões ao marido vinham confirmar sua fraqueza como homem, pois ele não revidava, nem a fazia parar. Conseqüentemente, as agressões foram aumentando e o desespero de M. J. também.

Tendo sempre evitado assumir o que para ela era a “verdadeira posição feminina”, não havia como gozá-la no casamento, pois o marido, mesmo sendo constantemente intimado por suas agressões, negava-se a ocupar o lugar no qual era esperado. Abandonada em sua identificação fálica, Maria José passou a viver com o marido uma relação de disputa de poder, que se cristalizava, cada vez mais, como uma rivalidade sem saída. A angústia despertada por uma feminilidade, que não podia fazer sentido, vinha colocar em cena seu corpo fálico, seu ódio destruidor.

Para ela, a tensão pré-menstrual, trazendo à tona toda sua insatisfação como mulher, era o momento do confronto com o enigma de sua sexualidade, resumido numa pergunta, sempre recorrente: “por quê eu me casei?”

4.2.3. A mulher e a menstruação, segundo a Religião

As elaborações culturais sobre a mulher repetem, de diferentes modos, o mito inaugural de Eva no Paraíso, cuja curiosidade e desejo incontrolláveis levaram-na ao castigo e à dominação pelo homem. Tal castigo, atribuído nas concepções religiosas à descoberta da sexualidade, traz consigo uma referência velada ao desejo da mulher como incestuoso, responsável pela sedução do homem e pela sua ruína. Assim como Eva é nascida da costela de Adão, a humanidade que dela se origina traz consigo a marca do pecado, cujo castigo recai especialmente sobre as mulheres.

Uma das versões existentes sobre a mitologia de dominação feminina remonta aos primórdios da civilização, quando o culto da Deusa-Mãe teria sido destituído pelas ideologias masculinas, que se tornaram então dominantes, constituindo as bases do que mais tarde seria consolidado pela religião Cristã.

A Deusa era, então, a figura mítica dominante no mundo agrário da antiga Mesopotâmia, do Egito e dos primitivos sistemas de cultura do plantio. “A simbologia da Deusa exaltava a mulher, porque ela dá à luz, assim como da terra se originam as plantas; a magia da mãe e a magia da terra eram equivalentes.” Como no culto à fertilidade, que ainda permanece na Índia, a Deusa era representada por figuras de mulheres nuas, contendo em seus corpos o mistério da geração da vida.

No quarto milênio a.C., os invasores semitas, conquistando o território dos sistemas da Deusa-Mãe, tornaram dominantes as mitologias de orientação masculina e tudo se subordinou aos interesses específicos dos homens que as comandavam.

Temos, assim, a subjugação da Deusa, símbolo do feminino – ou, a Abominação, como foi chamada – e a subjugação da mulher que, entre nós, ocidentais, surge como uma decorrência do pensamento bíblico.(CAMPBELL, 1990, p.177-82)

A anterior figura da Deusa, poderosa na cultura helenística do Mediterrâneo, só retorna muito mais tarde, na tradição católica romana, coberta pelo manto da pureza, sob a imagem da Virgem. Enquanto a simbologia da Deusa ressalta o próprio “mistério sexual” gerador da vida, como sagrado, na simbologia cristã, que é a base de nossa civilização, o mistério da geração da vida vai colocar-se como “nascimento espiritual”. O nascimento virginal vem significar que o poder procriador é do espírito, pois a Virgem engravida pela palavra (pela palavra do Pai), inaugurando o nascimento da humanidade.

Esta mitologia feminina remete a um momento anterior à dominação da lei de Deus - criador absoluto e detentor do mistério espiritual, que vem regulamentar a sexualidade das mulheres e dos homens.

Nesta concepção da Deusa como criador, o próprio corpo dela é o universo. “Ela é espaço e tempo, e o mistério para além dela é o universo para além de todos os pares de opostos. Assim, não é masculina nem feminina e tudo está dentro dela, de modo que os deuses são seus filhos”.(CAMPBELL, 1990, p.177)

A simbologia da Deusa exalta a magia da mãe, presente em todas as mulheres, através de imagens fascinantes do corpo feminino, que ressaltam esse poder absoluto, gerador da vida, como não sexuado. Um poder que evoca “um gozo absoluto da mãe”, não submetido a nenhum pai. Uma representação mítica, portanto, de um poder feminino que se coloca para além dos limites da sexualidade.

Essa representação do gozo feminino, que em algumas culturas é introduzida pela simbologia da Deusa, no monoteísmo surge como o mistério, como o que está fora da compreensão humana, como um saber proibido, que não pode sequer ser imaginado.

Com a introdução da lei do Pai, a sexualidade é submetida ao espírito e o corpo feminino, sendo o lugar de manifestação do mistério, deve permanecer velado. O saber sobre o corpo torna-se proibido – o que poderíamos interpretar como: a lei do Pai vem proibir o gozo do corpo, introduzindo o simbólico e submetendo-o à sexuação.

Como consequência, toda a sensualidade e o fascínio despertados pela imagem do corpo feminino têm que ser encobertos. E este velamento do corpo feminino, ao mesmo tempo que se presta à representação do mistério, produz uma significação de proibição, de pecado, de subversão, que recai sobre a sexualidade das mulheres.

As leis do Antigo Testamento ressaltam essa inscrição cultural da sexualidade feminina como pecaminosa e proibida, destinando-a unicamente a gerar descendência para os homens. Estes eram por direito os guardiões das mulheres, tendo que pagar com a vida aquele que tentasse contra sua virgindade, que as levasse a cometer adultério ou mantivesse relações de caráter incestuoso.

Porém, se todas as mulheres só podiam ser representadas como mães, todo desejo sexual só podia se colocar como incestuoso. Desse modo, as leis que zelavam pela pureza feminina impunham a necessidade de mantê-las sob um rígido controle moral, ressaltando em todas as mulheres o potencial para o pecado, do qual elas teriam sempre que se redimir.

Numa época em que todo pecado tinha que ser pago com o próprio sangue, o corpo da mulher, vertendo sangue de seu interior, mês após mês, foi compreendido como a própria fonte do pecaminoso, cujo desígnio divino obrigava a purificar. Assim, a menstruação vinha marcar um período no qual todas as mulheres, mesmo as virgens, eram consideradas indignas e deviam ser evitadas.

Como nas doenças contagiosas, a mulher menstruada era indigna de tocar qualquer objeto ou pessoa, nem suas vestes, seu assento ou sua cama poderiam ser tocados, pois durante sete dias ela permanecia imunda, e imundo se tornaria também o homem que se deitasse com ela. Da mesma forma que a menstruação, o sangramento pós-parto exigia da mulher uma purificação que durava quarenta dias, além de banhos e oferendas para a remissão dos pecados, os quais deveriam ser duplicados no caso dela dar à luz uma menina – pois, “uma mulher que gera outra mulher torna-se duas vezes imunda”.

Esta era a imundície da mulher, enquanto o sêmen era a imundície do homem, ao qual aplicavam-se semelhantes exigências de purificação. “Esta, pois, será a sua imundícia por causa do seu fluxo: se o seu corpo vaza o fluxo, ou se o seu corpo o estanca, esta é a sua imundícia.”(Levítico)

A menstruação, sendo equivalente ao sêmen, aparece sob uma significação sexual, indicando o pecado que é inerente ao corpo feminino, uma imundície que flui com a sexualidade, mesmo que a mulher nada saiba sobre o sexo, mesmo se o corpo a estanca. “Esta é a imundície da mulher.”

O sangue menstrual, então, como “imundície que vaza do corpo”, vem significar, ao mesmo tempo, o pecado da mulher e a sua purificação.

Caso Clínico M.A.

“Maria Aparecida” - 42 anos, casada, um filho. Dificuldades no relacionamento conjugal, irritabilidade excessiva e conduta agressiva com a criança, durante o período pré-menstrual.

“Não consigo conversar com o meu marido. Parece que não falamos a mesma língua – ele não me compreende, nem eu consigo entender o que ele quer. Desde o começo do casamento tem sido assim. Ultimamente, nem tentamos mais. Ele diz que eu tenho que mudar, não sei bem em quê, mas quero saber. Eu só entendo quando ele fala que eu sou muito preocupada com nosso filho; isso eu sou mesmo. Desde que ele nasceu, eu não tenho tempo para mais nada. Não consigo sair sozinha, porque não me divirto, só fico mais preocupada. E o pior é que fico irritada e descontro nele; bato e depois vejo que exagerei,

mas na hora, não consigo me controlar. Se ele se suja, se esparrama comida, coisa de criança. Se ele se machuca, eu fico desesperada. Não sei como as outras mulheres conseguem criar vários filhos e viver despreocupadas. Eu acho que acabei ficando como a minha mãe.”

M.A. refere-se à mãe como uma mulher problemática, que reclama de tudo, só pensa coisas negativas e não vê prazer em nada, mas só perigos e preocupações com o que pode dar errado. Para ela, tudo tem consequências ruins: um passeio, uma viagem, até uma compra. “A vida é um problema para minha mãe.”

Ela se descreve como “uma criança e adolescente modelo”, que não dava nenhuma preocupação à mãe, ficando a maior parte do tempo perto dela e só se distanciando um pouco, quando tornou-se uma moça e passou a estar na companhia de seus colegas com mais frequência. Isso foi o bastante para que as preocupações da mãe se acentuassem. Entretanto, M.A. conseguiu enfrentá-la, tornando-se mais independente. Compreendia que, pela vontade da mãe, nenhum filho sairia de casa, nem se casaria ou teria filhos. Ela sempre falava como era difícil o casamento para a mulher. Criticava as moças namoradeiras da cidade e não admitia que falassem sobre sexo perto dela, nem contassem piadas. Por tudo isso, M.A. achava que “a mãe nunca gostou de sexo e nem mesmo do pai”, o qual, em sua opinião, era bom demais, “aceitando tudo sem discutir.”

M.A. teve seu primeiro relacionamento sexual com seu marido, quando ainda namoravam, e pouco tempo depois descobriu que estava grávida. Ficou apavorada. “Como eu ia aparecer grávida na frente da minha mãe?”. Ela escondeu a gravidez até que o marido resolveu conversar com seus pais e disse que eles iriam se casar. A mãe ficou dias sem conversar com ela. Depois que o filho nasceu, a relação do casal foi completamente transformada. M.A. tornou-se tão preocupada com o filho, quanto sua mãe. Passou a dedicar-se somente a ele e não tinha mais tempo para o marido. Este, por sua vez, não reclamava sua companhia. Nunca mais relacionaram-se sexualmente, nem falaram sobre o assunto.

A tensão pré-menstrual manifestou-se dois anos depois. Tudo ainda estava exatamente igual entre o casal, exceto a grande irritação que M.A. começou a sentir em relação ao marido. Esta irritação ia se acumulando e fazendo com que ela se tornasse

agressiva com o filho, chegando a machucá-lo. Isso provocou a intervenção do marido que sugeriu que ela procurasse ajuda. Ela concordou, percebendo que tudo que sempre desaprovava na mãe, estava se repetindo com ela.

Na verdade, o que a mãe sempre desaprovava havia acontecido com ela: ela havia se tornado uma mulher, havia “afrontado” a mãe com sua gravidez, ido embora com seu marido e com seu filho. Porém, nunca mais se permitira ter vida sexual. O marido, por sua vez, aceitava tudo calado – como seu pai. M.A. se via só diante da imagem ameaçadora da mãe, cumprindo inevitavelmente suas previsões sobre os sofrimentos da mulher, a dificuldade do casamento, castigando-se inconscientemente pelo desejo proibido. Um desejo que ela parecia não poder mais suportar, como a mãe.

“Quando vem a tensão pré-menstrual eu evito até conversar com o meu marido, porque fico muito agressiva. Tenho vontade de avançar nele! Então, eu almoço e janto antes dele chegar, deito cedo, fujo pra não piorar as coisas. Quando a menstruação vem, eu melhora e tenho mais paciência. *Só na fase pré-menstrual é que não consigo ficar perto dele.* É estranho. Acho que essa tensão vem da menstruação que está chegando.”

“A menstruação? Ah, é uma coisa ruim que meu corpo tem que eliminar. Deve ser, porque depois, eu melhora...”

4.3. A MULHER E A MENSTRUÇÃO NA VISÃO DA CIÊNCIA

O caráter incontrolado da natureza feminina e de suas manifestações corporais também foi terreno propício ao nascimento da Ciência, fornecendo-lhe os enigmas que impulsionaram o desenvolvimento de um saber objetivo e das primeiras concepções médicas sobre a mulher e a menstruação.

Na Antiguidade, cerca de 2000 a.C., a concepção da mulher como um ser de natureza primitiva, próximo ao animal, associava-se à crença de que o útero era um organismo vivo, análogo a um animal, dotado de uma certa autonomia e de uma possibilidade de deslocamento.

No antigo Egito, numerosas perturbações femininas eram atribuídas a essas migrações do útero para a parte superior do corpo, o que era denominado “sufocação da matriz”, e cuja terapêutica consistia em fazer descer novamente esse estranho animal, repelindo-o através da inalação de odores desagradáveis e atraindo-o com a aplicação de agradáveis odores sobre a vulva.

No século IV a.C., quando a Medicina foi instituída por Hipócrates, essa crença milenar foi agregada às suas teorias, sobrevivendo através dos séculos e tornando-se o suporte daquilo que se constituiu mais tarde como a teoria da histeria.

A clínica de Hipócrates concentrava-se sobre o exame das regras, as quais supunha terem uma função de desintoxicação do organismo feminino. A migração da matriz era responsável pela supressão das regras, pois ocasionava a falta de saída para as mesmas; ocorria principalmente às mulheres que não tinham relações sexuais e às mais velhas. A matriz podia se fixar em vários órgãos, provocando sintomas diferentes.

A “sufocação da matriz” era descrita por atingir a mulher em boa saúde, por apresentar uma sintomatologia polimorfa, bastante imprevisível, passível de associação com todas as partes do corpo e as grandes funções. A mulher, em contorções, sobressaltos e com espasmos abdominais, gesticulava e dava a impressão de estar sendo atacada do interior por um animal que sufocava e a fazia sufocar. Esse espetáculo dramático, denominado sufocação, era bastante conhecido pelas parteiras, que o designavam pelo nome vulgar de histeria.

Com um prognóstico geralmente bom, seu tratamento preventivo era muito simples: para as moças, o casamento; para a mulher casada, o coito para umedecer e manter a matriz em seu lugar; para as viúvas, a gravidez.

Os ensinamentos de Platão, contemporâneo de Hipócrates, exerceram uma influência considerável sobre as teorias médicas, até o século XVII. Para ele, o homem correspondia a uma unidade formada pelo corpo mortal e a alma imortal, sendo o corpo o veículo da alma. Às diferentes partes do corpo humano correspondiam almas diferentes: a alma imortal estava no cérebro; no tórax, a alma viril; no ventre, a alma da alimentação. Quanto mais abaixo, mais vil a qualidade da alma, de forma que a matriz, situada sob o baixo-ventre, não tinha alma nenhuma, nem se submetia ao controle pela hierarquia das almas.

Na mulher, o que se chama matriz ou útero é como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando durante muito tempo e apesar da estação favorável a matriz permanece estéril, ela se irrita perigosamente; ela se agita em todos os sentidos do corpo, obstrui as passagens do ar, impede a inspiração, mete o corpo, assim, nas piores angústias e lhe ocasiona outras doenças de todas as espécies.” *

A mulher então, distinguia-se do homem por encerrar em seu ventre um animal sem alma. Segundo esta visão, era considerada próxima da animalidade, porque - diferente dos homens, que eram criados por Deus - a mulher era produto daqueles homens mais vis e covardes, que Ele transformava em fêmeas, na segunda geração. Tal era a concepção sobre a mulher, particularmente, a histérica. Resistindo a integrar-se à coerência de uma doutrina, seja médica ou filosófica, a histeria era explicada através de uma crença que não se adaptava aos demais conceitos, permanecendo como um corpo estranho, como o útero no corpo da mulher.

A teoria hipocrática de que certos humores tinham que ser eliminados do organismo através do sangue menstrual, aliada às crenças até então existentes, deu origem a interpretações como a de Plínio que, avaliando o caráter tóxico de tais substâncias veiculadas pela menstruação, descreveu o sangue menstrual como:

“um veneno fatal que corrompe e decompõe a urina, destrói a fertilidade das sementes, mata os insetos, definha as plantas, murcha as flores, apodrece as frutas e cega navalhas”. **

No início da Era Cristã, Sorano de Éfeso desmistifica a teoria das migrações da matriz, afirmando que esta era ligada por membranas delgadas aos órgãos ao seu redor, e introduzindo novos conhecimentos sobre as regras, os momentos férteis, os sinais de gravidez, etc.. Entre muitas inovações, ele pôs fim à crença alimentada pelas parteiras de que o útero era um animal, um corpo estranho, afirmando que, ao contrário, “ele pertencia à mulher” e que “a mulher engravida, porque ela deseja”.

* PLATÃO – *Le Timée*, *apud* TRILLAT - **História da Histeria**, S.P., Ed. Escuta, 1991, p. 23

** PLÍNIO – *Blood Magic. The Antropology of Menstruation* – *apud* COUTINHO, E. - Menstruação, a Sangria Inútil: uma análise da contribuição da menstruação para as dores e os sofrimentos da mulher – S.P., Ed. Gente, 1996, p.30.

A sexualidade feminina deixa de ser dominada por um estranho animal e a mulher, então, toma posse de seu corpo e passa a ser vista como alguém que tem desejos, particularmente, o de ter filhos.

Por sua vez, a histeria passa a integrar, ela também, o corpo da Medicina, dando origem a novas teorias, todas buscando explicar suas manifestações neurológicas, como decorrentes da retenção da semente feminina, devido à falta de atividade sexual.

Com a consolidação do cristianismo, porém, todas as manifestações antes atribuídas à histeria passam a ser consideradas como punições divinas ou possessões diabólicas. Não se fala mais nos caprichos do útero, nem na necessidade de escoamento das sementes sexuais. A doutrina cristã e o ideal de pureza das mulheres vêm transformar a histeria num “mal sagrado”.

Somente no final do século XVII, ela é retomada pela Medicina, sob uma nova definição: “a histeria não é uma doença como as outras; ela não entra num quadro nosográfico ao lado das outras doenças; ela se situa acima de todas; imita a todas; ela dá de todas uma imagem enganadora”.

Voltando a ser atribuída à abstinência sexual e ao acúmulo das sementes, para depois ser transferida para o cérebro, sofrendo uma nova dessexualização, a histeria passa a ser descrita também nos homens, como perturbações da alma, que recebem com indicação terapêutica, não mais o sexo, mas a sangria.

Quanto às regras, os escritos do século XVIII esclareciam que a conduta da mulher, desde o seu início, determinaria sua futura saúde e felicidade. Tal era sua delicadeza neste período que, comer alimentos impróprios, sofrer uma comoção da alma ou pegar um resfriado seria suficiente para arriscar sua saúde ou deixá-la incapaz de procriar.

A suposta inter-relação do sistema nervoso e vascular, num único sistema da economia feminina, originava a crença de que se o fluxo menstrual fosse obstruído, ele poderia inundar o cérebro, produzindo um irreparável colapso e levando à insanidade ou à morte, o que causava grande perturbação nas mulheres. Embora fosse definida como uma “neurose” – uma doença dos nervos, segundo a definição da época, sua origem ainda era atribuída a uma perturbação uterina.

A teoria sobre o magnetismo, introduzida por Mesmer, irá dar início à uma nova compreensão sobre a histeria. As experiências com as histéricas, nas quais ele utilizava ímãs ou seus simples toques, provocavam uma espécie de atração e descarga das dores e demais sintomas, situados no corpo das pacientes, levando-as a curar-se completamente, demonstrando os efeitos da imaginação e da imitação sobre a atuação histérica. A crise e o sono crítico (sonambulismo), constituindo as duas fases da crise histérica, são interpretados como substitutos do ato sexual, e a natureza sexual da histeria é colocada assim, em evidência.

A definição de Mesmer antecipa o que mais tarde será postulado pela teoria psicanalítica sobre as manifestações histéricas: uma linguagem profunda, na qual a doente fala através dos órgãos que lhe permitem se exprimir, utilizando o que o corpo coloca à sua disposição – uma linguagem de empréstimo.

A partir daí, a velha teoria uterina estará condenada. A descoberta da ovulação pelos fisiologistas vem colocar em evidência o papel da mulher na concepção, fazendo com que ela deixe de ser vista como objeto sexual, para tornar-se a criatura delicada e frágil, vítima desta afecção feminina tão dolorosa, e cuja menstruação passa a ser encarada como uma ferida que a faz adoecer uma em cada quatro semanas.

Sob esta visão idealizada e beatificada, cria-se uma imagem da mulher como “naturalmente moral”, segundo a qual tanto a burguesa como a prostituta são consideradas desprovidas de desejos sexuais, movidas apenas por nobres ideais e pela natural necessidade da proteção masculina. Um “anjo” que precisava ser disciplinado e controlado, a mulher era representada pela figura da radical instabilidade, tomada por uma sexualidade fragmentada, em sua constante predisposição à histeria.

Na metade do século XIX, a preocupação com o “excesso” de fluidos femininos foi incorporada às novas teorias sobre o sistema nervoso. Passou-se a postular uma natural tendência da emoção de descarregar-se tanto através dos músculos, da secreção ou do sistema sanguíneo. Esta noção de intercâmbio da energia emocional e fisiológica sugeria que se as mulheres carecem de “saídas” sociais para a expressão sexual, elas se desviam para o estado da histeria.

Não sendo ainda compreendido cientificamente, o ciclo menstrual tornou-se motivo de uma preocupação maior ainda. Mais do que revelador das funções da procriação, a menstruação tornou-se o foco obsessivo da imaginação masculina, simbolizando com o sangue derramado incontrolavelmente, o lado “escuro”, misterioso da feminilidade - o aspecto recalcado sob a projeção ideológica da pureza feminina.

Sob o incontrolável processo de seu próprio corpo, as jovens tinham que submeter-se à orientação médica para evitar sua precipitação num estado de desejo ou insanidade nervosa permanente. Agora, o caráter descontrolado da feminilidade submete-se a duas condições paralelas: os estímulos externos e as funções internas de seu sistema uterino – prisioneira irremediável de seu próprio corpo. A feminilidade é, então, compreendida como uma forma de patologia.

Ainda no final do século XIX, o funcionamento da menstruação permanecia ameaçadoramente misterioso, parecendo “tomar” a imaginação feminina. A menstruação era vista como um instrumento externo:

O corpo é sensível à influência da menstruação sobre o funcionamento da mente. Em verdade, ela é o barômetro moral e físico da constituição feminina. (SHUTTLEWORTH, 1990, p.62)

Assim, a histeria e suas muitas concepções, que a faziam subir ao cérebro, tornando-a mais espiritual, e, novamente a faziam descer para os domínios sexuais, alternando as concepções sobre a doença, repetiu no campo da Medicina a própria oscilação de seus sintomas nas mulheres. Conseqüentemente, alternaram-se repetidamente as concepções sobre a mulher e a menstruação. É contorcendo-se entre essas duas imagens - entre a santa e a prostituta, a espiritual e a carnal, a frígida e a sensual, a frágil e a voluntariosa -, debatendo-se de lá para cá, ora como objeto de adoração, ora como objeto sexual, que a mulher chegará até Charcot, para tornar-se objeto de experimentação científica.

Com Charcot, o papel da sugestão sobre as manifestações histéricas será definitivamente reconhecido. Através da sugestão hipnótica, ele se fazia atender prontamente pelas histéricas, que docilmente reproduziam suas crises diante de um grande número de expectadores. Essa característica das histéricas de reagirem de acordo com o

desejo do médico, e que já havia sido demonstrada por Mesmer, irá recolocar em evidência, além da capacidade de imitação presente em sua atuação, o papel do médico no desencadeamento de tais sintomas.

Uma imitação e uma reprodução posteriormente interpretadas por Freud como uma linguagem de empréstimo, não somente porque se utiliza dos órgãos que permitem à histérica se exprimir, mas porque também empresta ao médico as qualidades do outro ao qual se destinam.

Caso Clínico M.R.

“Maria do Rosário” – 34 anos, casada, 3 filhas – tensão pré-menstrual, com sintomas orgânicos e psíquicos.

“Fui encaminhada pelo meu médico. Tenho tensão pré-menstrual, mas ele acha que pode ter alguma influência psicológica, porque eu estou muito impressionada com o que estou sentindo. Eu desmaiei, uma vez, e depois disso passo muito mal antes de menstruar. Sinto fraqueza, tontura, taquicardia, um tremor no corpo, penso que vou morrer. Fiz vários exames, mas o médico me pediu pra repetir daqui a um tempo. Ele acha que meu emocional está muito abalado.”

M.R. relatou que estava sem trabalhar há um ano, devido à mudança de cidade que a obrigou a abandonar o emprego, do qual ela gostava muito. Tinha uma relação muito boa com os colegas e, especialmente, com o chefe, que era muito atencioso – “um paizão, mesmo”. Sentia que havia ficado um vazio em sua vida. Não se sentia importante para ninguém, apesar de saber que as filhas precisavam dela, como também seus pais e seu marido. “É como se me faltasse alguma coisa”. Ela dizia relacionar-se bem com o marido, mas que “gostaria que ele lhe desse mais atenção”.

Um dia, o pai veio visitar suas filhas e ela passou mal. Teve um desmaio, mas suspeitava que tinha sido uma espécie de convulsão, de acordo com a descrição do pai. Depois disso, tinha medo de morrer. “Sinto uma agitação por dentro, parece que tudo vai sumindo da minha mente e eu tenho que me segurar pra não cair. Mas só quando estou perto de menstruar.”

M.R. dizia que ela e o pai sempre foram muito unidos, e que ele havia ficado muito preocupado com ela. Ia sempre visitá-la, depois disso, para ver se ela estava bem. Ela também preocupava-se muito com ele. O pai tinha um problema de saúde, já a um certo tempo e sua saúde era delicada. “Nunca mais olhei para o meu pai do mesmo jeito, depois que eu vi ele doente. Fico sempre pensando que a qualquer hora, eu vou perder ele.” Ela dizia gostar muito da mãe, também.

Descrescia-se como uma filha dedicada, que sempre fizera tudo para agradar aos pais. A mãe, entretanto, parecia estar sempre cobrando mais. Reclamava se ela não a visitasse com frequência, se não telefonasse todos os dias. Sempre fora sua confidente e reclamava sobre tudo o que a aborrecia. Porém, sua principal tristeza era a perda de um bebê (sua terceira gravidez), que não chegou a nascer. Os pais souberam, depois, que seria um menino. Daí em diante, a mãe nunca mais conseguiu ser feliz. Ela e a irmã mais nova tiveram que conviver com isso e sempre procuraram “agradar muito a mãe, para compensá-la”. Mas a mãe continuou falando sobre o menino, imaginando como ele seria, dizendo como seria feliz se tivesse esse filho. Por isso, ela não gostava muito de ir à casa da mãe, principalmente depois que voltaram a morar próximas; preferia telefonar. “É só eu chegar e ela começa a desfiar o rosário: é o menino que ela não esquece; é o meu pai que fez alguma coisa pra ela; é minha irmã que não dá notícia; e assim vai. Até com as netas, acho que ela não fica muito feliz. Ela gosta das minhas filhas, mas está sempre dizendo que se eu tentasse outra vez, talvez viesse um menino. Eu não tenho vontade de ter mais filhos, mas sinto saudade da minha barriga. Acho que é porque o meu marido nunca curtiu minha barriga.”

M.R. havia se tornado a destinatária dessa demanda materna, ouvindo constantemente suas queixas, suas cobranças, que não a deixavam esquecer o desejo jamais satisfeito da mãe. Seu fracasso em realizar o desejo materno expressa-se através do sentimento de não ser importante para ninguém, nem para sua mãe, que demonstrava claramente sua insatisfação com as netas, nem para si mesma, uma vez que não podia se ver reconhecida como mãe, a não ser que tivesse um menino. Esse fracasso da mulher em satisfazer a mãe, cujo investimento reduziu-a à uma potencial produtora de meninos, vem somar-se ao fracasso diante da própria sexualidade, cujo prazer ela não conseguia desfrutar com o marido.

A perda do chefe, que representava um substituto paterno, é sucedida pela doença do pai, cuja perda também passa a ser temida por ela. Assim, o desmaio, durante a visita do pai, surge como a cena fantasmática em que se realiza uma união. Mais tarde, suas próprias associações a conduzirão ao significado desse desmaio convulsivo como um misto de prazer e morte, onde a união sexual com o pai é representada como a realização de um desejo fatal. Uma encenação fantasmática de um ato prazeroso e mortal, do qual se origina uma criança. Um fantasma que se repete, evocando sempre a imagem do outro. “É no meu pai que eu penso, quando começo a me sentir mal. Só depois eu lembro das minhas filhas.”

PARTE II – Relativa à Pesquisa sobre a Teoria Psicanalítica

4.4. O SILÊNCIO SOBRE A MENSTRUACÃO

Embora a Psicanálise tenha nascido da observação e da escuta das pacientes histéricas, a teoria psicanalítica desenvolvida por Freud apresenta uma elaboração teórica da sexualidade baseada, principalmente, nos aspectos da sexualidade masculina. Sua análise da sexualidade infantil, centrando-se sobre as fases do desenvolvimento, o complexo de Édipo e a castração, privilegiou os aspectos relativos à identificação fálica para ambos os sexos, construindo para a menina uma teoria baseada na inveja do pênis e no sentimento de inferioridade feminino.

Porém, suas observações sobre o fenômeno da histeria tornaram-se bastante importantes para a compreensão do mecanismo dos sintomas, dos conflitos por eles representados, das fantasias de satisfação, da bissexualidade histérica, da ambivalência inerente à própria posição feminina.

Desvendando a linguagem do corpo utilizada pelas histéricas, Freud chegou à descoberta dos mecanismos inconscientes que determinavam suas manifestações enigmáticas, traduzindo-as como a expressão de traumas, conflitos, realizações simbólicas de desejos.

Mas entre todas as revelações proporcionadas a Freud por suas pacientes, o caso de “Anna O.”, paciente de Breuer, é considerado fundador na história da Psicanálise.

A descrição feita por Breuer sobre “Anna O.”, em 1880, revela aspectos importantes observados pela investigação médica da época:

...fisicamente saudável, com menstruações regulares, inteligência admirável e um grande talento poético abandonado, vida monótona, mimada pelo pai e assombrosamente pouco desenvolvida em termos sexuais. (GAY, 1989, p.77)

Sua histeria, precipitada pela doença fatal do pai, desenvolveu-se através de uma longa série de sintomas, tratados através da hipnose, que culminaram no célebre episódio de gravidez histérica, no qual a jovem, contorcendo-se, exclamava que o filho do doutor estava nascendo.(GAY, 1989, p.77)

A partir daí, foi revelada a natureza sexual da relação amorosa da filha com o pai, dos desejos realizados através dos sintomas e o caráter transferencial da relação médico-paciente, tornando a escuta o instrumento fundamental para a compreensão dos conflitos relativos à sexualidade.

Porém, se, por um lado a escuta permitiu a Freud perceber que o desenvolvimento da sexualidade da menina conduz ao desejo de ter um filho do pai, por outro, o fato de privilegiar a fala e os desejos infantis por ela revelados fez com que outros aspectos da sexualidade feminina, como a vivência do ciclo reprodutor na mulher adulta, por exemplo, fossem esquecidos.

Nota-se que Breuer, ao descrever sua paciente, menciona sua saúde perfeita, suas menstruações regulares, de acordo com a preocupação da época em investigar as relações entre as regras femininas e as perturbações histéricas. Essa função corporal feminina, que era objeto de grande interesse por parte da Medicina, não encontrou, entretanto, lugar dentro da teoria freudiana.

É com Helene Deutsch que se encontra, já em 1944, uma abordagem psicanalítica sobre o desenvolvimento sexual feminino e as questões relacionadas à menstruação e aos sintomas pré-menstruais. Ela analisa os conflitos femininos relacionados à menstruação como expressão de conteúdos negativos inconscientes, transmitidos através do silêncio mantido sobre o assunto.

DEUTSCH (1944) enfatiza o aspecto de transmissão desses conteúdos inconscientes a partir do “segredo” que a mãe mantém, para a filha, sobre sua menstruação. Segundo ela, as meninas apreendem desde cedo que, se algo lhes é ocultado, deve ser considerado motivo de vergonha e sentimento de inferioridade.

Uma das razões que levam as mães a evitar que a menstruação seja observada por qualquer de seus filhos é o fato da óbvia associação que toda criança faz entre o sangue e um ferimento. Especialmente em relação à menina, a mãe teme que ela reaja de forma negativa à descoberta dos sangramentos mensais. Seus temores são reflexos de suas próprias dificuldades, vividas por ocasião de sua primeira menstruação. Inconscientemente, ela adia o momento de revelar à sua filha o quanto pode ser difícil “tornar-se uma mulher”, mantendo-a, assim, numa ingênua ignorância, na qual ela própria, talvez, teria preferido conservar-se.

A puberdade é marcada pelo início do processo menstrual, despertando toda a problemática sexual, anteriormente em estado de latência, quando os sangramentos vão mobilizar antigos sentimentos de mutilação e inferioridade, vividos primitivamente pela menina durante a fase fálica.

A menstruação, então, ao mesmo tempo que vem pôr fim à meninice, é aquilo que faz retornar todas as fantasias e medos infantis associados à castração, adormecidos até esse momento.

Isso parece explicar o fato de a mulher menstruada ter sido cercada, ao longo da história, por tantos tabus. Pois a menstruação, associando-se aos conteúdos recalcados mais primitivos na história do homem e da mulher, desperta tanto em um quanto em outro justamente aquilo que convém ser evitado: para o homem, o pavor; para a mulher, a vergonha.

4.4.1. O “período de expectativa”

A menstruação pode ser considerada como o acontecimento mais importante da puberdade, por mobilizar inúmeras reações psíquicas, impondo uma nova elaboração das questões relativas à posição sexual feminina em função da maturidade biológica, num processo que caracteriza-se como uma “reedição da fase fálica”.

Hèlene Deutsch define o momento da pré-puberdade, no qual a menina aguarda a chegada da menstruação, como um “período de expectativa”,

que pode ser concebido de dois diferentes modos – ou como o período de maturação imediatamente precedente à primeira menstruação, ou como todo o longo período de preparação inconsciente da menina para a feminilidade.(DEUTSCH, 1944, p.149)

Segundo ela, é neste último estágio do período de latência que certos prenúncios do futuro desenvolvimento sexual podem ser percebidos. Assim, certos sintomas e comportamentos apresentados pelas mulheres, só podem ser compreendidos como uma continuação direta da pré-puberdade, do “período de expectativa”.

Este é um momento da maior importância, em que um forte impulso à atividade inicia um processo intensivo de adaptação à realidade, no qual o domínio do ambiente torna-se possível através do desenvolvimento do ego. A renúncia à vida de fantasia infantil conduz à busca de novas relações de objeto, novas pessoas para amar, para odiar, e com as quais se identificar. Essa busca de sua própria identidade faz com que a menina deseje, antes de tudo, ser diferente de sua mãe.

Com a aproximação da puberdade e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, há o desenvolvimento de uma relação extremamente narcisista em relação ao próprio corpo, cuja vulnerabilidade determina a rejeição de qualquer coisa que possa destruir sua integridade.

Nesse momento, a menstruação é aguardada pela menina como um sinal biológico de sua maturidade sexual, a partir do qual ela espera ser reconhecida como adulta, o que lhe desperta, ao mesmo tempo, uma profunda ansiedade. Isso contribui para que a chegada da primeira menstruação seja comumente vivida como um trauma, uma experiência de desapontamento e medo.

É comum que as meninas, neste período, sejam cobertas de atenções pela família, especialmente pela mãe, o que assume o caráter de uma compensação pela “crueldade” sofrida. Outras, podem desenvolver reações extremamente agressivas em relação à mãe e aos demais.

O ataque à mãe pode assumir formas de uma compulsão interna, que determina a repetição deste comportamento no período pré-menstrual, posteriormente, na vida da mulher adulta.

Aquelas que tem excessiva preocupação com limpeza, tomam a menstruação como algo sujo, e um motivo de inferioridade e vergonha. (DEUTSCH, 1944, p.144)

A menstruação pode, ainda, ser encarada como apenas mais uma função excretora, como forma de neutralização de seu caráter sexual. Atitudes de “negação”, juntamente com a adoção de comportamentos masculinos, são uma medida de anulação das diferenças sexuais.

A intensificação das demandas sexuais pode gerar um conflito entre o desejo de satisfação e a resistência ao mesmo. Muitas vezes, o conflito pode ser evitado através da paralisação da menstruação durante um longo período.

Dentre todas essas possibilidades de vivenciar a menstruação, uma questão evidencia-se como a principal e comum a todas as meninas. Todos os conteúdos negativos associados à menstruação a partir do “segredo” que a mãe faz da mesma, e que foram encobertos durante a fase de latência, à custa da identificação fálica com o pai, voltarão a ser mobilizados, desta vez, em relação ao próprio corpo.

Tais conteúdos podem continuar sendo mantidos em segredo, por ela mesma, não somente em relação às outras pessoas, mas em relação a si própria, evitando qualquer abordagem consciente dos mesmos, inclusive na fase adulta.

Helene Deutsch diz:

Muitas mulheres que sofrem de depressão pré-menstrual relatam que com o início do fluxo elas experimentam um agradável sentimento de liberação. Elas esquecem de mês a mês que sua periódica depressão é causada pela aproximação da menstruação e respiram aliviadas quando o início da mesma fornece a explicação racional de sua depressão. Muitas dessas mulheres têm preservado a expectativa da pré-puberdade de que algo terrível está prestes a acontecer com elas e ficam agradavelmente surpresas todo mês, quando o evento que elas esperaram com tanta ansiedade revela ser somente a ocorrência fisiológica costumeira. (DEUTSCH, 1944, p.174)

4.4.2. O acesso à posição feminina

Na elaboração freudiana da sexualidade, o complexo de inferioridade feminino tem sua origem na descoberta da diferença dos sexos, a partir da qual a menina chega ao reconhecimento de sua própria castração.

Reconhecendo, através da constatação visual, uma superioridade do órgão sexual do menino em relação ao seu, a menina torna-se vítima da inveja fálica.

A partir deste ponto, tem início o denominado complexo de masculinidade da mulher, que pode chegar a dificultar consideravelmente seu desenvolvimento normal até a feminilidade, se não consegue superá-lo precocemente. A esperança de que, apesar de tudo, obterá algum dia, um pênis e será então igual ao homem, é suscetível de persistir até uma idade imprevisivelmente madura, e converter-se em motivo da conduta mais estranha e inexplicável de outro modo. Ou ainda pode instalar-se um processo que gostaria de designar como denegação (renúncia), um processo que não parece ser raro nem perigoso na infância, mas que no adulto significaria o começo de uma psicose. Assim, a menina recusa-se a aceitar o fato de sua castração, persistindo na convicção de que possui, sim, um pênis, de modo que, em consequência disso, se vê obrigada a conduzir-se como se fosse um homem.

As consequências psíquicas da inveja fálica, na medida em que esta não chegue a ser absorvida pela formação reativa do complexo de masculinidade, são muito diversas e transcendentais. Uma vez que a mulher tenha aceito sua ferida narcísica, desenvolve-se nela – sob certo aspecto, como uma cicatriz – um sentimento de inferioridade”. (FREUD, 1973, p.2899)

Segundo Freud, em virtude desta inveja do pênis, a menina vive sua condição sexual como uma mutilação, o que lhe desperta, além do sentimento de inferioridade, a tendência a compartilhar com o menino a depreciação do sexo feminino.

Sentindo-se duplamente inferior perante os meninos, por não possuir um pênis como eles, e perante a mãe, por não possuir aquilo que a tornaria desejável aos seus olhos, a menina vê enfraquecidos seus laços afetivos com o objeto materno. A mãe passa a ser vista pela menina como a grande causadora de sua ferida narcísica, uma vez que a fez vir ao mundo tão insuficientemente dotada.

A saída encontrada pela menina para alcançar uma posição mais satisfatória do que esta, na qual se vê em total desvantagem, é renunciar à posição homossexual em relação à mãe – uma vez que não pode mesmo pretender equiparar-se ao homem – identificando-se com ela e voltando-se para o pai, numa heterossexualidade capaz de lhe proporcionar um objeto substituto do pênis: um filho.

Essa noção de elaboração da castração pela menina aparece, então, como contraditória, pois coloca-se como uma substituição do objeto, e não, propriamente, como uma renúncia ao mesmo. Ou seja, desejar um filho, na condição de substituto do pênis, ainda significa desejar aquilo que falta à mãe. O desejo de maternidade como equivalente da feminilidade, faz do “tornar-se mulher” freudiano uma contradição.

O sentimento de inferioridade feminino aparece como algo que somente poderia ser superado pela mulher, quando ela obtivesse aquilo que a faria igualar-se ao homem - direção para a qual, portanto, ela continuaria voltada.

Se, por um lado, Freud afirma que o complexo de castração incide sobre a mulher como inibidor da masculinidade, estimulando o desenvolvimento da feminilidade, por outro, ele conclui que o próprio fato da castração feminina anula o principal motivo da superação do complexo de Édipo, fazendo com que, na mulher, este só seja abandonado de um modo muito lento, podendo conservar-se indefinidamente. Mesmo o desejo de um filho, que resultaria do processo de elaboração das diferenças sexuais e da definição da própria sexualidade, não poderia ser tomado como equivalente ao acesso a uma posição propriamente feminina por parte da mulher.

Lacan, retomando esses conceitos, a partir da teoria do significante, conclui que a falta feminina situa-se no nível do significante da feminilidade e não, propriamente, do órgão fático em seu plano anatômico.

O fato de a problemática da diferença entre os sexos ser colocada para os sujeitos a partir do Édipo e da castração, em relação a um único significante, o significante fático, determina que, para a mulher, não há outra possibilidade de ordenar sua posição sexual a não ser identificando-a a partir da falta do órgão sexual masculino, ou seja, submetendo-se à função fática.

Na impossibilidade de nomear a sexualidade feminina em função de um significante próprio, a mulher vai “tomar emprestado” o significante da masculinidade, para definir-se, em oposição ao homem, como aquela que não possui o falo e, a partir dessa falta, ter acesso a um desejo pela via da identificação.

As fórmulas da sexuação, propostas por LACAN (1982, p.105) para designar os sujeitos em relação a sua posição sexual, baseiam-se no postulado de que uma regra só se confirma pela exceção, ou seja, para que uma totalidade se inscreva como tal, é necessária a existência de “ao menos um” elemento que lhe faça oposição.

$$\begin{array}{cc} \exists x \quad \overline{\Phi x} & \overline{\exists x} \quad \overline{\Phi x} \\ \forall x \quad \Phi x & \overline{\forall x} \quad \Phi x \end{array}$$

$\forall$: Designa o quantificador universal, que se lê “para todo”

$\overline{\forall}$: “para não todo”

$\exists$: “existe”

$\overline{\exists}$: “não existe”

Φx : designa a função fálica, para um x que significa, não um homem ou uma mulher, mas um significante que representa o sujeito para um outro significante da ordem simbólica. É a partir do lugar ocupado pelo x , colocando-se à esquerda ou à direita no quadro, que ele toma, respectivamente, o valor de homem ou de mulher.

Do lado esquerdo lê-se: todo x é submetido à função fálica. Todo homem está submetido à função fálica, mas existe ($\exists$) ao menos um (x) que diz “não” à castração (Φx). A exceção introduz a idéia de um pai imaginário, todo-poderoso, que se situa para além da castração – o pai mítico de “Totem e Tabu”- lugar de um gozo absoluto.

É essa exceção à regra capaz de dar consistência ao todo que, do lado feminino, falta. Não existe “A Mulher”, e sim mulheres.

Não há fechamento do todo, do lado das mulheres; nada que coloque um limite à função fálica, já que elas não são castráveis. Essa impossibilidade determina o caráter contingente da relação da mulher com a função fálica, ou seja, ao mesmo tempo que submetida a ela, como ser falante, a mulher não se encontra toda aí. Nada vem barrar-lhe o acesso ao gozo absoluto; esse, que Lacan chama de Outro Gozo, fora dos limites da sexuação.

O conceito de gozo, em Lacan, define-se pelo estado mítico de completude e satisfação absoluta, vivida de modo imaginário na relação primitiva da criança com a mãe. Neste momento do desenvolvimento pulsional, a criança deseja ser tudo para a mãe, de modo a captar, através do semblante satisfeito da mãe, a imagem de sua própria completude.

Ocupando, assim, o lugar do objeto de desejo da mãe - o falo -, a criança é presa dessa vivência imaginária, que só pode ser desfeita com a entrada do pai nesta relação, interditando-a. O pai, colocando-se como o portador do falo, passa a ser reconhecido pela criança como “aquele que tem o que a mãe deseja”. Este reconhecimento tem um duplo efeito de castração: da mãe, que é colocada na condição de desejante ao ser interdita em relação à criança, e da criança que, destituída da posição de objeto fálico materno, será introduzida na dimensão da própria falta, como ser “descompletado”, dividido, sujeito de um inconsciente às voltas com o próprio desejo, para então assumir seu lugar e sua identidade.

A impossibilidade da passagem para essa relação triangular determina, para a criança, a fixação na psicose, permanecendo no lugar de objeto fálico materno, encerrada num gozo sem limites, sem acesso a um nome e um desejo próprios; sem tornar-se propriamente um sujeito.

É o significante “Nome-do-Pai” que, barrando o gozo absoluto, representado pela completude do Outro materno, inscreve-o como gozo fálico, ou seja, limitado pela sexualização e pela linguagem; pelo código simbólico de um modo geral.

É este mesmo gozo que, na posição feminina, já na neurose, não pode ser barrado à mulher, devido à ausência do significante do sexo feminino. Um gozo feminino, que Lacan aponta como corporal, não inscrito na ordem simbólica, e cuja abertura faz com que ele se coloque como um gozo a mais.

Se, por um lado, a falta de um significante da feminilidade capaz de nomear o desejo da mulher, sem passar pelo significante fálico, faz com que o real feminino não possa ser simbolizado, por outro, submetendo-se à função fálica, tampouco a castração pode ser tomada pela mulher como via de acesso a um desejo propriamente feminino, uma vez que o que ela encontra aí é a identificação ao desejo do homem.

O real feminino, então, permanece como gozo “fora-da-linguagem”, impossível de ser dito. Daí resulta a afirmação de Lacan: “Não há A mulher, pois, por sua essência ela é não-toda”.(LACAN, 1982, p.98)

Só existe Mulher excluída da natureza das coisas, que é a natureza das palavras”.(LACAN, 1982, p.99)

A mulher, como propõe LACAN (1982, p.105-20), tem, em relação ao gozo fálico, um gozo suplementar. Um gozo para além do falo. Gozo do Outro como lugar de verdade, irreduzível à toda significação. Lugar de Deus.

4.4.3. A mística e o gozo feminino

Deus é o nome da ausência do Nome, que advém do lugar onde os símbolos da linguagem fracassam. Saber absoluto que sustenta a linguagem, opondo-se a toda definição pela palavra. Lugar de mistério que assujeita o homem, é Dele que emana todo o amor. Um amor incompreensível, paradoxal, cuja grandeza somente se suporta no sacrifício.

Nome do puro significante, que não se presta a qualquer referência ao vivente, ao animado, ao imaginado - Deus é em si mesmo. Todo desejo é nada diante do vazio no qual se manifesta a Sua presença. Nenhum gozo pode ser maior do que dedicar-se a esse Amor absoluto, diante do qual todo sofrimento é pura prova de Sua existência.

É no martírio de Cristo que se ostenta a face mais radical desse Amor – o sacrifício do Filho de Deus, cujo sangue traz a redenção dos pecados do Homem.

Assim como o martírio inaugura a promessa da recompensa divina, ele encerra o mistério do gozo infinito do encontro com Deus. Mistério que se reserva para além da vida sexuada, para além dos limites do corpo e do pensamento, capaz de ser alcançado apenas pelo ser em estado puro, desembaraçado de suas formas e sensações, de todo prazer ou dor – figura da morte como passagem ao reino dos Céus, como reintegração ao Paraíso.

A experiência mística revela-se como o acesso do ser a esse Outro gozo – puro lugar de verdade. Um privilégio divino do qual o ser goza através da oferenda do corpo.

Gérard Pomier diz:

Essa mostra de um corpo martirizado descobre o gozo que o anima.

A carne sofre porque advém ao lugar de um vazio. Nome dos Nomes, furo que não é nome algum, Deus eleva à sua altura um corpo talvez martirizado, mas que espera igualar-se à vacância divina na proporção de seu sofrimento. Nenhum pai responde, ou responderá jamais, e o sofrimento do corpo é o eco dessa ausência. O sofrimento é sua presença, gozo do puro significante da ausência em cujo fogo o corpo se submete à transverberação. O pai, o esposo, a mãe, o filho, nada resiste à figura do vazio, única a se manter. (POMIER, 1987, p.66)

Os testemunhos místicos comunicam essa dimensão de entrega; da quebra de todos os laços carnavais, na qual o sacrifício do próprio sangue é vivido como glória e êxtase.

Esse gozo do corpo experimentado pelos místicos, como Lacan observa: “...eles o experimentam, mas não sabem nada dele” (LACAN, 1982, p.103). Pois o saber tem como preço a renúncia ao gozo. Saber a sexualização desqualifica o ser para o gozo de Deus.

A mística revela a verdade sobre o gozo feminino como um gozo alcançado através de uma passividade ativa, firmemente perseguida. Gozo que atesta a ex-sistência do Outro; dessa face do Outro, como a face Deus, suportada pelo gozo feminino. Deus enquanto o Criador, o primeiro a representar a relação pré-genital para Adão e Eva, no Paraíso. Outro materno, não-sexuado.

É assim, como Deus, que a mulher gera. Mesmo aquelas que não desejam a maternidade, mesmo aquelas que já são mães, independentemente de sua vontade. Mães em potencial, assim que se dão conta de que já são mulheres feitas; mães no fantasma dos homens com quem se relacionam; as mulheres são mães involuntárias de filhos/óvulos que continuam a se produzir para serem desperdiçados mês a mês. Sacrifício da carne.

Todo desígnio divino é mudo. Impõe-se absoluto barrando toda formulação pela linguagem. O sentido, aí, nasce do não-sentido; da ausência de respostas.

4.4.4. A “rolha do gozo”

A questão do gozo feminino como decorrente da posição de ser gozado, aponta inicialmente para a primitiva experiência vivida pelos sujeitos, como objeto de gozo materno.

Segundo Freud - embora essa posição de passividade sexual em relação à mãe deva ser abandonada pela criança, em função da definição de sua sexualidade, por ocasião do complexo de Édipo -, no caso específico da mulher, é necessário que ela retorne a essa posição, mais tarde, com a chegada à puberdade, para assumir seu destino propriamente feminino através de uma identificação materna.

A posição de passividade feminina é colocada, por Lacan, não só em relação à primitiva experiência como objeto de gozo materno, vivida por todos os sujeitos, mas principalmente como dependência da instância simbólica - essencial para a realização da identificação da sexualidade -, cuja falha faz com que o sexo feminino permaneça como uma ausência, um vazio, um buraco.

O retorno feminino à passividade, na puberdade, é marcado por uma grande atividade, orientada em função dos objetivos sexuais dos quais depende o destino futuro da mulher. Ao mesmo tempo que passivamente “abandonada” neste campo de gozo do Outro, ela irá buscar compensar, de forma ativa, a falta significante de seu sexo, através dos recursos simbólicos que lhe são disponíveis, dentro da significação fática. Em outras palavras, a mulher aceita o lugar a ela destinado no mundo dos homens, para entrar em função na relação sexual, enquanto mãe.

É pela simbolização a que é submetida, como uma exigência essencial, à realização genital – que o homem se viriliza, que a mulher aceita verdadeiramente sua função feminina. (LACAN, 1988, p.203)

Sobre essa inscrição da mulher, como mãe, no simbólico, Lacan comenta:

Para esse gozo que ela é, não-toda, quer dizer, que a faz em algum lugar ausente de si mesma, ausente enquanto sujeito, ela encontrará, como rolha, esse “a” que será seu filho. (LACAN, 1982, p.49)

Vê-se, então, que é antes de tudo na tentativa de produzir o significante faltoso, capaz de subjetivar o insubjetivável de seu sexo, que a mulher buscará na criança essa possibilidade. Criação que, embora fracasse em significar-lhe a feminilidade - uma vez que só pode representá-la enquanto mãe -, pode funcionar, como objeto destacado de seu corpo, no nível da falta significante, como objeto causa do desejo.

É, portanto, especificamente com relação a esse gozo feminino do significante da falha do Outro que o filho é objeto “a”.

Se as mulheres, assim como os homens, não podem ser sujeitos de um inconsciente, a não ser que se definam como castradas - um filho, para uma mulher, mais do que falo desejado, será antes o objeto que pode ser perdido para sempre.

4.4.5. A oscilação histérica

O espaço do gozo materno, imaginariamente habitado pela criança, constitui-se desde sempre como enigmático, em virtude de uma descontinuidade, onde esse gozo pode, às vezes, faltar.

É essa propriedade do gozo que o faz oscilar, que vai permitir a abertura da brecha necessária para que a criança se lance a recuperá-lo, através da alucinação do objeto, a qual dará lugar, em seguida, ao início do processo de simbolização.

Mediante a simbolização da presença e da ausência materna, a criança realiza um primeiro afastamento do Outro, assumindo ativamente o controle de suas “idas” e “vindas”, o que lhe permite dominar a angústia relativa ao estado de dependência fundamental em que se encontra. Esta operação primária será a base para o estabelecimento de uma identidade do sujeito.

A simbolização da ausência materna, pela criança, supõe que haja, da parte da mãe, um desejo que se coloca em outro lugar, que não nela mesma. Conseqüentemente, na elaboração do complexo de Édipo, o reconhecimento do pai como portador do falo, capaz de satisfazer o desejo materno, impõe como premissa que a criança reconheça tal desejo na mãe.

Porém, na estruturação histérica, a mãe aparece como mulher sem desejo, rejeitada pelo pai e excluída do jogo sexual. Uma mãe “vítima”, que não pode amar nem possibilitar à filha uma identificação materna, essencial para a constituição de sua identidade sexual.

Trata-se de apreender que o que marca a entrada no significante, onde o sujeito acredita submeter-se às leis simbólicas, é ainda um efeito do amor. Pois uma criança amada é uma criança reconhecida, segundo o puro elogio de quem a olha, a admira, a levanta em seus braços, lhe sorri. (BOONS, 1992, p.36)

Se é do Outro que o sujeito recebe uma imagem de si, amável, imaginando sua própria completude corporal, é do Outro, também, que deve partir a aprovação simbólica que irá autenticar essa imagem para o sujeito, para que a mesma se constitua como tal.

Na estruturação histórica, a ausência de desejo na mãe vai remeter a criança a uma figura de pai inconsistente, falha, desprovida do atributo fundamental a ser reconhecido como causa do desejo materno. A filha, então, irá devotar-se a repará-lo, oferecendo-se como o falo, o elemento que falta para instaurar o circuito do desejo, essencial para a identificação de sua posição como sujeito.

A falta do significante do desejo materno determina uma fragilidade narcísica, fazendo com que a menina não possa revestir e erotizar completamente o real de seu corpo. Desse modo, ela só pode abordar a sexualidade pela via do desejo do homem; identificando um comportamento sexual a partir da fantasia masculina.

Encerrada nesta identificação fálica, a filha vive junto ao pai os efeitos de sua sedução, devotando-se a completá-lo, sacrificando-se igualmente pela mãe. Seu desejo erótico, então, só pode se propor ao desejo de um homem na exposição fálica; sendo o falo; evocando a causa de seu desejo.

Sem esse artifício, a histérica se vê reduzida à condição de puro objeto, à mercê do Outro gozador. Em face da instabilidade de sua imagem narcísica corporal, ela se esconde no lugar do falo, cuja imagem, como uma máscara, ameaça sempre se desfazer, revelando o real orgânico de seu corpo dessexualizado.

Na histeria, então, há uma oscilação entre dois tipos aparentemente contraditórios de funcionamento sintomático do corpo: por um lado a conversão, em que há a hiperssexualização do órgão ou do corpo e, por outro, a dessexualização, em que o corpo ressurgiu como orgânico.

A oscilação histórica encena a hesitação sintomática entre um sexo e outro, resultante dessa falha da identificação narcísica com seu próprio sexo, e que caracteriza a “bissexualidade histórica” como uma divisão imaginária destinada a mascarar a falta do significante da feminilidade.

A histórica é literalmente o lugar de uma guerra dos sexos, cujo cenário é sempre o mesmo: um gozo masculino imposto pela força à feminilidade, que submerge, desde então, na ausência. (ANDRÉ, 1987, p.16)

O vazio da feminilidade é aquilo do que a histórica foge, pondo-se ao abrigo no falo. Como filha privada tanto do feminino, quanto do materno, toda sublimação possível de seu desejo erótico só pode conduzi-la a dedicar-se aos fracos, a sacrificar-se pelos inválidos, pelos órfãos. Para ela, o espedaçamento anatômico, enquanto fantasmático, sendo estrutural, faz da procriação uma questão problemática.

4.4.6. O útero na histeria

Enquanto na teorização freudiana a constatação da castração pela menina leva à fantasia de que o falo lhe foi roubado, sem que esta tenha qualquer idéia da existência de sua vagina, mas apenas da falta de um falo que deveria estar nela, as formulações de Ernest Jones, sobre a sexualidade feminina, deram origem a uma outra elaboração sobre a fantasia de castração feminina.

Partindo da proposição de Jones, de que a sexualidade feminina manifesta-se precocemente, por meio de sensações vaginais, levando a menina a investir seus órgãos internos da mesma forma que o menino investe seu pênis, Nasio retoma a questão da fantasia de castração, segundo uma nova concepção da angústia feminina.

Discordando da afirmação freudiana, segundo a qual, na mulher, a castração não despertaria angústia por não ser percebida como uma ameaça, mas como um fato consumado, ele identifica o temor feminino da castração como a origem de uma angústia fundamental, a ser superada pela mulher, no acesso à feminilidade.

Ele parte do momento do desenvolvimento infantil, no qual a diferença entre os sexos ainda não foi estabelecida, e o universo da criança é povoado apenas por seres providos e desprovidos de falo; poderosos e impotentes; sadios e enfermos; bonitos e feios, e não entre homens dotados de um pênis e mulheres dotadas de uma vagina, ou seja, quando a criança ainda não sabe se é homem ou mulher.

Antes do momento da descoberta da mãe castrada, quando a menina atribui a todos os seres um falo universal, ela já experimenta sensações confusas no baixo ventre e na vagina, com a mesma mescla de impressões físicas, narcisismo e devaneios que o pênis desperta no menino. (NASIO, 1991, p.54)

Enquanto, para Freud, o falo da menina vai localizar-se essencialmente sobre o clitóris, Nasio estende sua localização aos outros órgãos genitais femininos e, em particular, ao útero, os quais seriam investidos pela menina, com a mesma potência fálica que o menino, e o mesmo temor de senti-los ameaçados.

Por isso, assim como o menino considera seu pênis como um falo que nunca deve ser perdido, a menina tem seus órgãos genitais na conta de um falo a ser preservado de qualquer ataque. Efetivamente, a visão da mãe com o corpo nu e impotente despertaria na garotinha a inquietação de um perigo ameaçador para a integridade de seus genitais, particularmente seu útero. O corpo materno se oferece aos olhos da menina como um corpo imenso, monstruoso e extraordinário, que é todo ele um falo inquietante. (NASIO, 1991, p.54)

A descoberta da castração materna desperta angústia na criança por desmentir a ficção de um órgão poderoso, carregado de tensão libidinal, fantasiado como falo. Este falo fantasístico é, na verdade, uma criação inconsciente, destinada a conter o excesso pulsional que se apodera da criança, e tem, portanto, uma função protetora para o eu.

O corpo erógeno infantil, sendo o foco de uma sexualidade excessiva e auto-erótica, cuja satisfação seria da ordem de um gozo insuportável, impõe sua mediação através da formação fantasística, contendo, assim, a angústia da criança. Esta parece ser, também, a razão para que a menina, não possuindo o órgão fálico, apegue-se inconscientemente, mais que o menino, a esta imagem fantasística, recusando-se à feminilidade.

Para Nasio, os histéricos são, antes de tudo, crianças que não conseguiram ultrapassar psiquicamente esta fase, ficando aí fixados, numa constante indefinição sexual.

O prazer e o horror que se descortinam sob os olhos da criança, ao contemplar a castração materna, fazem do olhar um afluente canalizador da libido, centrado na região genital e fantasiada como falo, a qual deixa sua fonte central, invadindo e falicizando o corpo real da criança, contornando-o todo, com exceção da zona genital. A criança se torna, ela própria, o falo que falta à mãe. Se antes, no inconsciente, o corpo condensava-se como falo, a partir de então é o corpo real da criança que é submetido ao processo de falicização.

O corpo do histérico sofre por ser um falo desproporcional, estorvante e vazio no nível da região genital. (NASIO, 1991, p.58)

A zona genital torna-se o equivalente de um corpo esvaziado e desinvestido de afeto, enquanto todo o restante do corpo se organiza como um falo poderoso, em permanente excitação, objeto de sedução e de veneração narcísica, ao mesmo tempo que fonte de inúmeros sofrimentos. Este excesso de falicismo e narcisismo fazem do corpo histérico algo constantemente exposto aos estímulos do mundo externo.

À maneira de um sexo que se esgotasse querendo responder às excitações, mas sem nunca descarregar, o histérico permanece libidinalmente perturbado: ele é um corpo-falo que sofre pelo excesso de narcisismo e pela genitalidade zero. (NASIO, 1991, p.60)

Na histeria, então, este falo superinvestido fantasisticamente constitui algo a ser preservado de todo e qualquer perigo, e cujo dano poderia acarretar a desintegração total do corpo. Para a mulher, este perigo coloca-se, inconscientemente, como uma ameaça de destruição interna de seu útero-falo, na relação sexual.

A fantasia fundamental na histeria seria a de um homem e uma mulher entrelaçados, que concebem um filho, sem penetração sexual. Dessa fantasia, a identificação primordial seria encarnar o útero, como o lugar desta cena. O útero torna-se o centro da identificação fantasística histérica, então, sob dois aspectos:

Na fantasia de castração, ele é o órgão ameaçado de mutilação quando da penetração sexual; e, na fantasia fundamental, é o receptáculo ideal que abriga o encontro feliz e divino entre um homem e uma mulher desprovidos de sexo. Assim, há dois tipos de útero-falo com que o histérico se identifica. (...) Um útero contido num corpo e, ao mesmo tempo, um útero contendo dois corpos. (NASIO, 1991, p.65-6)

4.4.7. A identificação narcísica

Freud definiu o narcisismo como um complemento libidinal do instinto de conservação. Não existindo, no indivíduo, no princípio, uma unidade comparável ao Eu, este tem que ser desenvolvido. O narcisismo supõe, então, que um novo ato psíquico venha se agregar ao auto-erotismo.

O auto-erotismo seria o primeiro modo de satisfação da libido, caracterizado pelo prazer de órgão, em que as pulsões parciais procuram por si mesmas, cada qual por si, sua satisfação no próprio corpo. Em outras palavras, os objetos investidos pela pulsão são as próprias partes do corpo.

O narcisismo primário seria uma forma de onipotência, nascida do encontro entre a criança e os pais, que revivem seu próprio narcisismo infantil, por intermédio do filho.

As experiências de satisfação do início da vida e o investimento narcísico da criança são fundamentais para a constituição do ego e para sua organização libidinal, a qual, sendo inicialmente voltada para a auto-conservação, deve diferenciar-se, posteriormente, dando lugar às eleições de objeto. Da vivência do amor e das necessidades vitais deriva-se a diferenciação entre as chamadas “pulsões sexuais” e “pulsões do Eu”, cuja dinâmica conduz a uma busca de satisfação orientada pelo investimento libidinal, tanto do objeto sexual, como do próprio sujeito, de acordo com as vicissitudes que marcam a constituição de sua realidade psíquica.

Essa diferenciação nasce de uma primeira experiência de castração, vivida através do reconhecimento, pela criança, da própria incompletude, o que vem perturbá-la em seu narcisismo, despertando um desejo de recuperar sua perfeição narcísica imaginária.

À medida que a criança é confrontada com as exigências do mundo que a cerca, e percebe que não é tudo para a mãe, ela se vê ferida em seu narcisismo, tendo que submeter-se às exigências externas, ao “ideal do eu”, para se assegurar do amor da mesma. O desenvolvimento do Eu consiste em distanciar-se do narcisismo primário, justamente como um caminho necessário para reencontrá-lo e, a partir daí, isso será buscado através do outro.

Lacan demonstra, através do “Estádio do Espelho”, que o Eu se constitui segundo a imagem do próprio corpo. A imagem da criança refletida no espelho, em sua forma global, sendo discrepante do estado de prematuridade e impotência motora em que ela ainda se encontra, nesse estágio, produz uma alienação imaginária, uma identificação da imagem como um ideal de si mesma. A imagem antecipa para a criança o domínio de seu corpo, vivido como despedaçado, fascinando-a. Sendo uma imagem ideal de si mesma, à qual jamais poderá se unir, ela provoca o aparecimento do desejo e de seu reconhecimento no sujeito.

Isso se torna possível pela mediação das palavras da mãe, que autentica a imagem da criança como sendo dela própria, introduzindo o simbólico, como mediação da relação imaginária. Por meio da linguagem, todo um conjunto de traços simbólicos é introjetado pelo sujeito, que encontra aí um lugar, onde se vê passível de ser amado, na medida em que satisfaça certas exigências – as do “ideal de eu”. O “ideal do eu” se constrói com o significante do pai, como terceiro na relação dual.

Todo investimento objetual envolve, deste modo, uma parcela de narcisismo, pois o sujeito ama sua própria imagem, através do outro. O Eu é talhado à imagem do objeto, e é essa imagem amada, como seu próprio reflexo, que é sexualmente investida. O narcisismo do Eu, portanto, é um narcisismo secundário retirado dos objetos. É por intermédio dessa identificação com os objetos que o Eu se constitui, como uma sedimentação dos investimentos de objeto sucessiva e historicamente abandonados pelo sujeito.

Para que se estabeleça uma relação com o objeto de desejo, é preciso que haja uma relação narcísica do Eu com o outro. O narcisismo representa a condição necessária para que os desejos dos outros se inscrevam como significantes.

E a imagem do corpo fornece o quadro das inscrições do desejo do outro. A imagem do corpo representa o primeiro ponto de engate dos significantes e, inicialmente, dos significantes da mãe. O modo como elas se inscrevem, sobretudo a sucessão das identificações, determina as modalidades segundo as quais se farão as flutuações libidinais. (NASIO, 1995, p.61-2)

O sujeito investe nos traços que compõem a imagem do outro como significantes privilegiados, pelos quais o desejo do outro se inscreve. A imagem sempre contém uma parte real, sexual, que ela não cobre. É nesse furo que vêm colocar-se os objetos pulsionais, o objeto “a”, causa do desejo.

O Eu, o narcisismo, compõe-se de um conjunto de imagens investidas que circulam em torno de uma falta, como uma montagem ao redor do furo real, que é o falo imaginário. No narcisismo há um investimento da própria imagem sob a forma de falo. O significante, nunca significando o sujeito por inteiro, causa a duplicação desse furo pelo simbólico, ou seja, uma falta que faz relançar constantemente o desejo e a fala.

As imagens narcisicamente investidas não devem deter o movimento da libido, mas, ao contrário, canalizá-lo, de modo que esta não se fixe, nem no Eu, nem no objeto.

O estancamento da carga libinal no ego, provocando um acúmulo de tensão, torna-se por demais desprazeroso, impondo a necessidade de uma ação específica, que não se define por uma descarga momentânea, mas como uma ação apaziguadora. O investimento em objetos exteriores torna-se, assim, fundamental para o equilíbrio psíquico dos sujeitos. Como diz Freud: “É preciso amar para não adoecer; adoecemos quando não podemos amar”. (FREUD, 1973, p.2024)

4.4.8. A escolha narcísica de objeto

Freud aponta uma diferença entre a escolha do objeto sexual realizada pelo homem e pela mulher. Enquanto, no homem, o amor narcísico transforma-se num amor ao objeto que reproduz a relação com seu primeiro objeto sexual, a mãe, segundo a forma anaclítica ou de apoio, na mulher, conserva-se a posição narcisista, em que o essencial é ser amada.

Com a puberdade e pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais femininos, há uma intensificação do narcisismo primitivo, fazendo com que a mulher se ame com a mesma intensidade com que o homem a ama. Esta variação corresponde, segundo Freud, à diferenciação de funções biológicas bastante complexas. Para as mulheres narcisistas, a possibilidade do amor só se colocaria a partir do filho que, como uma parte de seu próprio corpo, pode ser amado sem prejuízo ao seu próprio narcisismo.

Este estado em que a mulher “se basta a si mesma”, consistiria no investimento da própria imagem sob a forma de falo, ponto central do narcisismo feminino, e em relação ao qual incide a angústia de castração.*

O narcisismo secundário intensifica e recria o estado primitivo, no qual funcionou como um complemento libidinal do instinto de conservação, atuando segundo os princípios psíquicos primários, por meio de uma hiperestimação do poder atribuído aos próprios desejos e atos mentais e de uma defesa contra o mundo exterior. Quanto maior se mostra a libido do Eu, menor será a libido objetal e vice-versa.

Das flutuações da libido, suscetível de concentrar-se tanto nos objetos quanto no próprio eu, resulta não somente o equilíbrio psíquico dos sujeitos, mas também o modo como farão sua inscrição na neurose ou na psicose.

Freud aponta que, enquanto a histeria e a neurose obsessiva privilegiam o investimento objetal, as neuroses atuais (hipocondria, neurose traumática e de angústia) resultam da sobrecarga libidinal do Eu.

Assim como na enfermidade orgânica o desinteresse pelo mundo externo demonstra uma retirada da libido dos objetos eróticos, que se volta para o Eu, enquanto o doente sofre; também, na hipocondria, há o retraimento da libido dos objetos sexuais, concentrando-se sobre o corpo ou sobre um órgão em particular, tomado pelo processo de erogeneização. Em outras palavras, o sujeito investe uma parte de seu corpo, que assume o lugar de objeto sexual em estado de excitação.

As excitações orgânicas, sejam motivadas pelas sensações sexuais ou pela dor, provocam um acúmulo de tensão, vivida como desprazerosa pelos sujeitos. A elaboração psíquica procede à derivação interna da excitação, quando não é possível efetuar uma descarga exterior imediata, podendo atuar tanto sobre objetos reais como imaginários.

O neurótico mantém uma relação erótica com seus objetos por intermédio das fantasias. Ele substitui os objetos reais por objetos imaginários de sua lembrança, misturando-os uns com os outros. Como o mecanismo estruturante da fantasia é a identificação do sujeito ao objeto, ele não retira totalmente a libido dos objetos, e esta continua circulando.

* Conforme descrito nos itens 3.5.5. e 3.5.6., respectivamente, como identificação ao falo e ao útero-falo.

Freud destaca que, não somente nas neuroses atuais, mas também nas demais neuroses, ocorrem sensações somáticas, comparáveis à hipocondria. As neuroses atuais operam, em sua relação com a histeria e a neurose obsessiva, um estancamento da libido objetal.

Assim, o mecanismo da aquisição da enfermidade e da produção de sintomas nas neuroses de transferência enlaça-se a um estancamento da libido objetal, promovendo um redobrimento narcísico, que susta o movimento de desejo.

Segundo Freud:

Onde melhor se vê esta mescla de hipocondria é na neurose de angústia com sua superestrutura de histeria. (...) A angústia hipocondríaca seria a contrapartida, na libido do Eu, da angústia neurótica. (FREUD, 1973, p.2023)

Ele observou que, nas neuroses narcísicas (demência precoce e esquizofrenia), esse processo de retraimento libidinal ocorre de forma radical, pois o sujeito retira completamente a libido das pessoas e do mundo externo, acumulando-a no Eu, que permanece cortado do objeto.

Já o processo inverso foi observado por Lacan, com base no estudo da paranóia, na qual se daria igual estancamento da libido, porém, fora do sujeito, como um aprisionamento imaginário pelo objeto.

Dessa fixação à imagem, tomada como objeto de hostilidade, ele concluiu que, em todos os sujeitos, narcisismo e agressividade constituem um único tempo, que seria o da formação do Eu.

Como o Eu se forma a partir da imagem do outro, quando o sujeito vê seu próprio corpo nessa imagem, produz-se uma tensão, pois ele percebe seu próprio domínio realizado num outro, que lhe permanece estranho. A libido fica fixada, aprisionada na imagem do outro, tornando-se necessário suprimir a imagem para que a libido volte ao Eu.

Isso se deve à falta da referência simbólica, que regula e mediatiza a relação imaginária com o outro. A relação imaginária primitiva, sendo essencialmente uma relação entre um Eu e um “eu ideal”, somente pode ser mediatizada pela posterior constituição do “ideal de eu”.

O Eu se constitui, antes de tudo, como um lugar de desconhecimento, pois o sujeito não reconhece o que está nele, mas somente se vê do lado de fora, na imagem de um outro que o domina, que o fascina a ponto dele querer estar em seu lugar.

O Eu, segundo Lacan, se edifica sobre uma estrutura paranóica. Uma estrutura que pode reaparecer não somente sob a forma radical da paranóia, mas também sob outras circunstâncias, sempre que, entre a imagem do outro e o sujeito, o “ideal do eu” vacile em se apresentar.

4.4.9. As imagens do objeto “a”

Em sua acepção mais conhecida, de acordo com a elaboração lacaniana, o objeto “a” é aquilo que se encontra radicalmente separado do sujeito, pelo fantasma. A constituição da realidade psíquica, organizando-se pela conjunção de um sujeito e um objeto, seria sua representação fantasmática.

O objeto “a” também pode ser concebido como a sucessão dos objetos perdidos pelo sujeito, nos diferentes períodos de sua evolução, e dos quais Lacan destaca: a placenta; o seio, as fezes; o olhar e a voz.

Násio acrescenta a dor às modalidades corporais do objeto “a”, entre outras formas possíveis de representá-lo, não somente como perdas corporais, mas segundo condições particulares. Neste sentido, ele afirma que a menstruação, a princípio, não seria considerada como um tipo de objeto “a”, a não ser numa dada conjuntura imaginária e simbólica, na qual viesse a ocupar esse lugar.

Uma das condições simbólicas essenciais que permitem definir o objeto “a” é que ele se coloque num espaço “entre dois”, ou seja, que ele se constitua como objeto de demanda tanto pela criança como pela mãe, sendo perdido por ambas, pelo próprio fato da fala, como corte significante.

Sendo representado por objetos destacáveis do corpo, estes podem ser pensados, também, a partir dos orifícios e fendas corporais, que permitem sua emissão, como o fluxo do gozo que percorre as bordas desses orifícios, à maneira de um furo vivo, cuja imagem é o gozo.

Na vida erógena e, portanto, na vida psíquica inconsciente, só existem furos gerados pelo fluxo de gozo, que é movido pela presença de um outro corpo, ele próprio desejante. O gozo, no inconsciente, não tendo representação significativa, deve ser concebido no lugar de um furo, sempre recoberto pelo véu das fantasias e dos sintomas.

O sintoma (gozo fálico) e a fantasia (mais-gozar) são os meios que o neurótico utiliza para gozar local e parcialmente, evitando assim o gozo do Outro, cuja miragem é de um gozo desmedido e absoluto.

O gozo é uma palavra para expressar a experiência de vivenciar uma tensão intolerável, mescla de embriaguez e estranheza. O gozo é o estado energético que vivemos em circunstâncias-limite, em situações de ruptura, no momento em que estamos em condições de transpor um limite, assumir um desafio, enfrentar uma crise excepcional, às vezes dolorosa. (NASIO, 1993, p.40)

Quando o corpo goza, ainda que excluindo qualquer sensação de dor ou prazer conscientemente percebida, produz-se um duplo fenômeno energético: de um lado, a energia é descarregada, como gozo fálico e, de outro, simultaneamente, a tensão psíquica é reativada, permanecendo como o mais-gozar, como objeto “a”, que é causa do desejo e das fantasias.

O objeto “a” é, portanto, algo que se perde quando da simbolização do real pelo significativo e, como tal, não pode ser apreendido. Ele é o representante, no inconsciente, do gozo inacessível ao sujeito; é uma parte desse gozo, apreendido de um modo local, parcialmente apenas, através do seu retorno ao Eu, nos sintomas e na fantasia.

Os sujeitos gozam com palavras, com significantes, com símbolos, nos sintomas; ou, então, com objetos, com partes do corpo, através da fantasia. A terceira maneira de gozar são as formações que não se limitam aos objetos da pulsão, em que a abordagem do corpo se dá sem a necessidade de destacar os objetos da pulsão.

O “sintoma” é qualificado por Nasio como um “dizer”. O sintoma, como um significativo, representa algo para alguém. O sujeito pode, portanto, dizê-lo, atribuir-lhe uma causa, um sentido.

A “fantasia” seria um “fazer”. Ela se manifesta tanto por intermédio de palavras, quanto por uma representação em ato. A fantasia não é apenas uma imagem psíquica, mas algo que se manifesta por uma atividade motora, no próprio corpo. No desmaio histérico, por exemplo, a identificação fantasística do sujeito com o gozo dá-se através do corpo caído no chão.

As “formações de objeto *a*” são um “agir”. A alucinação, a lesão de órgão e a passagem ao ato apresentam-se como um saber, como uma certeza que não faz mais referência ao desejo do Outro, mas em que o Outro encerra e aliena o sujeito.

Tais formações, segundo Lacan, surgem no momento em que o significante Nome-do-Pai, que deveria estar excluído, dando consistência à realidade, não se apresenta. Haveria um “emassamento” do par significante S1 e S2, ante o qual o objeto se produziria imediatamente no lugar do significante faltoso, como um saber que se coloca a tempo de separar o sujeito e o Outro.

Nasio propõe, em relação ao mecanismo da lesão de órgão, que, da mesma forma que no Estádio do Espelho há um impulso que vai da insuficiência orgânica da criança prematura à imagem antecipadora, pode-se pensar que a imagem, ultrapassando as possibilidades receptivas do sujeito, pode provocar uma insuficiência orgânica.

As doenças psicossomáticas se dão ao nível do narcisismo. (...) Um apelo maciço e fascinante, mistura de sons e de imagens, introduz uma lesão de órgão que tem a mesma consistência que ele. (...) Quero dizer que o apelo e o retorno têm ambos uma consistência, não-simbólica, também não-real, e sim uma consistência fantasística. (NASIO, 1993, p.63)

A realidade psíquica se mantém como uma montagem da dimensão psíquica e da dimensão imaginária - a dimensão imaginária sendo composta pelo Eu, a imagem e a libido fálica, surgida da discordância entre ambos, em cujo espaço deve sempre circular.

Segundo Lacan*, haveria uma estagnação formal da libido, em determinados momentos da vida, como parte da própria evolução temporal dos sujeitos, e que ele data: aos 2 anos, aos 8 anos, aos 18 e aos 35 anos. Em cada uma dessas crises, há uma cristalização, uma fixação da distância entre o Eu e a imagem, sob uma forma agressiva. Esta seria a base de sustentação da agressão. A inibição da agressão estaria relacionada à lesão orgânica, enquanto sua cristalização na ação seria a passagem ao ato.

A passagem ao ato é uma das manifestações mais típicas do estado de gozo, como alta tensão, não percebida conscientemente, envolvendo ações, em geral, perigosas, que vão além do sujeito. O gozo, aí, se apossa do sujeito de uma forma muda, sem palavras ou pensamentos, para só ser percebido depois, como ato realizado.

O gozo é o estado máximo em que um corpo é posto à prova. O exemplo mais sensível de o corpo ser posto à prova talvez seja o da dor inconsciente, amiúde manifestada através dos atos impulsivos. Eu diria até que a dor é uma das principais imagens do mais-gozar. (NASIO, 1993, 9. 40)

O caso que se segue permite pensar um pouco sobre a questão da imagem narcísica feminina, da maneira como se apresenta na STPM.

Caso Clínico M.A.

“Maria Angélica” – 22 anos, solteira – sensibilidade exagerada durante o período pré-menstrual, crises de choro, tendência a comer e comprar compulsivamente.

“Eu tenho “TPM”. Procurei tratamento médico e a Dra... me aconselhou a procurar você. Sou insegura, não consigo me relacionar com ninguém sem brigar, fico sempre pensando que tem alguma coisa errada comigo, que ninguém gosta de mim de verdade, que eu não faço nada certo.”

M.A. relata que tem poucas amigas, mas não gosta de falar sobre seus problemas, pois acha que não entenderiam. Teve apenas um namorado na adolescência e, depois dele, não teve mais nenhum relacionamento sério. Ela se lembra de que vivia brigando com o namorado, querendo sempre mais atenção, até que ele terminou o namoro.

* LACAN *apud* NASIO, J.D. - *Psicossomática, as formações do objeto a*, p. 106-7, 1993

Acha que sua insegurança é a causa de tudo: não se acha bonita, quer emagrecer, mas não consegue fazer regime.

“Durante o período pré-menstrual, fico muito nervosa, me magôo por tudo e só tenho vontade de chorar. Choro e como compulsivamente. Então, me desespero por ver como eu estou gorda e sinto um impulso de me arrumar, de me vestir bem, de arrumar meu cabelo. Mas, mesmo que eu tente, não consigo ficar satisfeita comigo. Às vezes, experimento várias roupas, e acho que nenhuma me fica bem. Então, acabo saindo para comprar roupas novas, mas depois acabo nem as usando porque não tenho coragem e as roupas ficam lá, se acumulando no armário. Eu compro coisas extravagantes, que não têm nada a ver comigo. Acho que eu queria ser outra pessoa.”

M.A. relata que seu comportamento compulsivo começou a dois anos, desde que começou a trabalhar. Os sintomas, segundo ela, vieram junto com a independência financeira. Ao mesmo tempo, sente que passou a relacionar-se melhor em casa, com os pais e os irmãos, pois “sentia-se mais importante trabalhando”. Quando começou a sentir a oscilação pré-menstrual, achou que era tensão pela nova vida e não deu muita importância. Por trabalhar num lugar muito movimentado, “tinha que ser simpática com as pessoas”, então, escondia seu nervosismo e, depois que passava, não pensava mais no assunto. Mas, aos poucos, o problema começou a ficar sério: “Faço contas, prestações, todo mês tenho dívida pra pagar.”

Às vezes, M.A. tinha que pedir dinheiro aos pais, para saldar as dívidas, mas sempre inventando uma desculpa: que era para o dentista, que havia emprestado a uma amiga. Até que as cobranças começaram a chegar, a mãe acabou atendendo uns telefonemas, abrindo algumas correspondências e descobriu tudo.

“Aí, ela conversou comigo e disse que isso não é normal, que ela percebe como eu me transformo, antes da menstruação, e que eu precisava me tratar.”

Vê-se, neste caso, que a angústia mobilizada pela função corporal, vem interrogar M.A. sobre sua feminilidade, vivida como um vazio interno, sem representação, que ela busca preencher através da comida, detestando o corpo gordo, depois; querendo

vestir-se de uma forma que lhe garanta uma imagem feminina, sem nunca sentir-se satisfeita e, finalmente, fazendo dívidas, que vão representar sua carência simbólica como mulher, diante da sexualidade de seu corpo - das prestações mensais, em relação as quais ela fica sempre a dever.

O início dos sintomas é marcado pela independência financeira, como um corte da dependência simbólica dos pais, que era vivida por meio do dinheiro. As dívidas a fazem voltar a eles, demonstrando que não pode manter-se sozinha; não pode manter sua imagem de mulher, pois esta é vivida como um vazio.

O mesmo se repete no relacionamento com os rapazes, em que ela demonstra depender de uma atenção demasiadamente grande, como prova de que eles vêem nela uma mulher. Ela se empenha em ser simpática e querida por todos, os quais demonstram gostar muito dela. Porém, sem namorar a nenhum deles, pois isso a coloca, virtualmente, como a mulher ideal para todos.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Retoma-se, agora, a discussão sobre a STPM, e se inicia uma reflexão sobre os aspectos da sexualidade feminina, enfocados pelas abordagens médica, antropológica e psicanalítica.

Partindo das observações extraídas da literatura médica sobre o assunto, enfoca-se a questão da percepção feminina sobre as modificações corporais, relativas ao ciclo reprodutor.

A descrição médica sobre as modificações corporais cíclicas, associadas à menstruação, como se pôde ver, abrangem desde as sensações de desconforto consideradas normais até as sensações mais exacerbadas, com desenvolvimento de quadros psíquicos graves e manifestações somáticas extremamente variadas (cerca de 150 sintomas descritos).

O caráter inespecífico e polimorfo dos sintomas pré-menstruais levaria a associá-los, inicialmente, às manifestações da histeria, cuja capacidade de “imitar outras doenças” foi descrito, já há muito tempo. Porém, mesmo considerando tais sintomas como expressões pessoais para conflitos subjetivos, vividos através do corpo, deve-se pensá-los, todos, em relação a um mesmo processo precipitador, que é o ciclo menstrual. Como esta questão envolve considerações teóricas complexas, será retomada mais adiante, discutindo-se, no momento, as condições freqüentes de seu surgimento.

5.1. O APARECIMENTO DA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL

Os dias que antecedem a menstruação são comumente marcados pelo surgimento de alguns sinais, que podem causar um certo desconforto, relacionado às mamas, ao aparelho reprodutor e outras regiões do corpo, despertando a atenção das mulheres, para o evento que se aproxima. A percepção das mulheres sobre seus processos corporais pode levá-las a identificar, não somente a proximidade menstrual, mas o próprio processo de ovulação, que inicia a chamada fase lútea.

As descrições médicas, no entanto, ressaltam que: “a tensão começa pela manhã”; “a mulher sente-se diferente”; com uma “expectativa temerosa”, “ansiedade” e “irritabilidade”, que vão se intensificando no decorrer do dia. Esse “despertar angustiado” revela uma percepção sobre o próprio corpo, ocorrida durante a noite, sob o estado de sono,

que é sentida posteriormente como desprazer. Poder-se-ia pensar que as sensações corporais, passíveis de serem percebidas naturalmente pela mulher, são vividas de modo intensificado durante o sono, gerando uma tensão psíquica que se manifesta como desprazerosa na consciência. Ou, ainda, que o estado de sono possibilite a percepção de processos corporais, impossíveis de serem representados na consciência, e que estariam relacionados ao desenvolvimento da angústia e às reações emocionais, inexplicáveis para a própria mulher.

O fenômeno onírico amplifica, com efeito, até o gigantesco todas as sensações somáticas. Esta amplificação é de natureza hipocondríaca; pressupõe que toda a carga psíquica foi retraída do mundo exterior e acumulada no ego, e permite descobrir no sonho modificações somáticas que durante a vigília teriam permanecido ainda inadvertidas por algum tempo. (FREUD, 1973, p.2084)

Embora as sensações corporais associadas ao período pré-menstrual envolvam um certo desconforto, os médicos afirmam que, em geral, elas são bem suportadas pela maioria das mulheres. A ausência de sensações dolorosas específicas do aparelho reprodutor, neste período do ciclo, leva a supor que o modo particular com que cada mulher percebe as manifestações de seu corpo, ou o significado que lhes é inconsciente ou conscientemente atribuído, possa estar associado ao desenvolvimento da angústia.

Entre as escassas descrições dos sintomas pré-menstruais, que fazem uma referência ao corpo, nota-se a semelhança dos mesmos com os da gestação inicial. As pesquisas demonstram uma correlação entre a gravidade dos sintomas e o número de gestações, apontando para o fato de que, nesses casos, eles surgem na primeira gestação e continuam a ser experimentados, repetidamente. Isso nos leva a pensar que a semelhança entre as manifestações corporais do período pré-menstrual e as do início da gestação são igualmente passíveis de despertar angústia ou outras reações psíquicas, associadas ao processo da maternidade, mesmo que este não esteja realmente ocorrendo, fato esse que se explicaria pelas próprias modificações corporais e sua inscrição fantasmática.

Sabe-se que a gestação, muitas vezes, dá início ao desencadeamento de uma psicose, por remeter a uma vivência de completude, de posse do falo, a qual, todas as mulheres têm que atravessar, por ocasião da maternidade. Tanto a semelhança das alterações corporais e dos sintomas relatada pelos médicos como a ostentação fálica que

pode se instalar em ambos os casos, indicam que este aspecto deve ser mais profundamente investigado. Posteriormente, será retomado na discussão da questão da “identificação feminina ao útero, como falo”.

Um outro aspecto importante, revelado pelas pesquisas médicas, é o fato da tensão pré-menstrual incidir principalmente por volta dos 35 anos, ou na quarta década de vida da mulher.

Lacan também aponta os 35 anos como um dos momentos de crise fundamental nos sujeitos, devido à cristalização da libido que fixa a distância entre o Eu e a imagem do outro, num processo que leva ao redobramento narcísico e à agressividade. Considera-se que o narcisismo e a agressividade são aspectos cruciais nas manifestações da tensão pré-menstrual, pelo desenvolvimento de processos corporais internos, que levam a uma vivência hipocondríaca do corpo e uma tensão psíquica, que resultam em angústia e hostilidade contra outras pessoas.

Relacionando-se a angústia associada à vivência corporal do ciclo reprodutor e a questão do narcisismo, pode-se lembrar, de início, que, nesta fase da vida, normalmente, a mulher já atravessou as fases de elaboração do relacionamento conjugal e da maternidade, o que parece indicar que tais processos não influenciariam um ao outro. Porém, pensando-se nas fases de cristalização narcísica datadas por Lacan, procurando-se identificar suas características mais marcantes, há que se tomá-las como um momento de reconstrução do “ideal de eu”, ou seja de uma nova elaboração simbólica pelos sujeitos, de seus investimentos narcísicos e objetivos.

Partindo da fase inicial, aos dois anos - e a única descrita por Lacan, como o Estádio do Espelho -, pode-se considerar a fase dos 8 anos como um momento da fase de latência, fundamental para a constituição do “ideal de eu”, e para os investimentos futuros do sujeito, assim como, aos 18, esses ideais são submetidos a uma nova elaboração, em virtude da maturidade sexual e intelectual que determinam a realização de escolhas objetivos compatíveis com a vida adulta. Os 35 anos, portanto, poderiam ser considerados como o momento posterior, quando o sujeito já teria realizado seus investimentos objetivos, profissionais ou amorosos, voltando-se novamente para si mesmo, re-avaliando esses investimentos e identificações e iniciando, talvez, a mais decisiva de todas as fases.

Além disso, os ritmos biológicos que marcam o desenvolvimento da vida também trazem algumas mudanças por volta da 4ª década de vida.

Diz-se comumente que “a vida começa aos 40”. Esse dito, extraído da sabedoria popular, parece indicar que esta idade é precedida por profundas modificações internas, resultando numa nova posição do sujeito, em relação a seus investimentos libidinais.

A experiência clínica também ensina que as mulheres, após constituírem suas famílias, passam por um período de insatisfação consigo mesmas, buscando novos interesses e questionando profundamente a posição feminina. O mesmo se dá, de modo inverso, para aquelas que só investiram na vida profissional e não estabeleceram vínculos amorosos através do casamento ou da maternidade, ao se aproximarem dos 40 anos. É quando, normalmente, as mulheres rompem com o modelo materno, procurando encontrar novas identificações.

Embora muitas mulheres continuem férteis e dêem à luz, após os 40 anos, esta idade é comumente considerada como o início do declínio das funções reprodutoras femininas, com a aproximação da menopausa. A perda da fertilidade é um aspecto da realidade corporal, muito presente no discurso das pacientes, tanto daquelas que já tiveram seus filhos, quanto das que nunca desejaram tê-los. Nessas últimas, com frequência, inicia-se um processo de intenso questionamento sobre seu desejo, de descoberta dos temores e fantasias associadas ao próprio corpo e de elaboração de inúmeras dificuldades pessoais em relação à maternidade, como que pressionadas por esse limite anunciado pelo corpo.

Hélène Deutsh, como já visto, ressalta como pode ser grande a expectativa de uma menina, sobre o processo que fará dela uma mulher. O tornar-se mulher se coloca, para a adolescente, antes de tudo, como uma possibilidade do próprio corpo. Uma potencialidade do corpo que a torna tão poderosa quanto sua mãe e, que ao mesmo tempo, desperta temores e fantasias sobre a própria mutilação.

Embora a Psicanálise freqüentemente refira-se ao temor de mutilação feminino, como uma reedição do complexo de castração da menina, é importante pensar que o próprio processo corporal da maternidade, desde a concepção até o dar à luz, envolvem

riscos reais e profundas transformações corporais que, por si só, podem ser angustiantes, significando, acima de tudo, uma “perda” da virgindade fundamental desse corpo, narcisicamente investido, até então.

Freud destaca que, na mulher, a puberdade determina um aumento de seu narcisismo, devido ao desenvolvimento sexual de seu corpo, o qual ela procura preservar de todo e qualquer dano. A maternidade, portanto, constitui uma difícil prova de castração a ser atravessada pela mulher; uma prova de que seu corpo foi atravessado pela sexualidade.

Todas essas questões tornam compreensível que o “ser mulher” seja mais intensamente questionado e buscado, nesta época. Porém, sejam quais forem as inquietações despertadas nas mulheres, neste período dos 35 ou 40 anos, não se pode supor que esse período da vida seja a única causa da angústia manifestada na STPM.

Além do fato de que os sujeitos não vivem seus momentos de crise todos da mesma maneira, considera-se, também, que nem todas as mulheres sofrem de tensão pré-menstrual, seja qual for a dificuldade atravessada em suas vidas. Existem ainda, mulheres jovens, que apresentam quadros graves de STPM, o que leva a concluir que a questão temporal não é tudo.

Supõe-se, então, a existência de um outro fator determinante para a angústia e, principalmente, para que esta se converta em sintomas e agressividade explícita.

As pesquisas demonstram que as manifestações da hostilidade feminina podem ocorrer em relação a qualquer pessoa, porém concentram-se sobretudo na relação com as pessoas mais íntimas e, quase que invariavelmente, com os maridos.

O discurso das mulheres sobre essas pessoas demonstra mágoa; sentimento de serem incompreendidas, sobrecarregadas pelas exigências do outro; sofrimentos e frustrações que parecem só existir porque “o outro quer”. Esta figura de poder, do outro, que parece excluir a mulher, sem importar-se com ela, traz novamente a questão do narcisismo, da relação cristalizada entre o Eu e a imagem, entre a mulher e esse outro, criando uma tensão intolerável.

Na relação familiar ou conjugal, por exemplo, essa impossibilidade de sentir-se bem, não dependeria, de fato, do outro? De como a mulher vê esse outro e sofre diante de sua presença, a ponto de sentir que ele é o causador de seu sofrimento? Nos casos clínicos aqui relatados, nota-se que as queixas das mulheres sobre seus maridos, embora mantendo suas diferenças individuais, convergem para o mesmo ponto, que poderia ser definido, como “um não-reconhecimento como mulher”.

Esta queixa é formulada de vários modos: falta de relacionamento sexual, falta de valorização pelos maridos, falta de atenção, carinho, etc., podendo exprimir-se também como uma desvalorização dos mesmos. Neste caso, as mulheres sentem-se mais capazes do que os maridos, que vêm como fracos, inseguros, incapazes de agradá-las e, principalmente, omissos em relação às suas demandas. Seja qual for a situação, é possível extrair dela que a mulher espera algo do parceiro, que não vem. Algo do qual ela depende para se ver como mulher. A falha dos maridos, então, aparece como um apagamento da diferença sexual, que é substituída por uma relação de dominador e dominado, na qual, na maioria das vezes, a mulher vai prevalecer.

A frustração e a hostilidade femininas, então, podem chegar a extremos perigosos, levando as mulheres a ferirem os parceiros e alimentando o desejo de matá-los. A palavra “matar” é tão freqüente no discurso das mulheres, que temos que considerá-la uma expressão de verdade. Para elas, “o outro precisa, mesmo, ser eliminado”.

Lembrando-se, mais uma vez, que nem todas as mulheres chegam a um ponto tão extremo e que a agressividade, além de ser variável em intensidade, muitas vezes não é exteriorizada, mas interiorizada, levando à depressão, pranto compulsivo e à somatização, enfoca-se os casos mais graves, porque, neles, a dimensão do ódio está presente de forma mais clara, facilitando sua investigação. A atenção às palavras torna-se, assim, muito importante para que se possa identificá-lo. O “ataque à geladeira”, expressão muito usada pelas mulheres que, durante o período pré-menstrual, são dominadas por um desejo compulsivo de comer, pode ser considerado uma de suas formas de manifestação.

Este papel desempenhado pelo marido, na agressividade das mulheres, parece repetir-se em suas relações com pessoas que encarnam figuras de poder, despertando sua rivalidade: os pais, os chefes, figuras ocasionais e, espantosamente, os próprios filhos. Estes

últimos, sendo, na maioria das vezes, crianças indefesas, diante da agressividade das mães, e incapazes de causar-lhes algum dano físico ou de outra ordem, vêm fornecer mais um elemento para a investigação dessa rivalidade. Pois, o que desencadeia o ato agressivo da mãe contra a criança é que esta, através de suas atitudes infantis, a faz sentir-se subjugada: a criança se nega a obedecê-la ou manifesta uma forma qualquer de oposição, ou, simplesmente, devido à sua imaturidade, demanda que a mãe desempenhe uma função que, nesse momento, a ofende.

Um exemplo dessa reação agressiva, aparentemente imotivada, é o de uma mãe que insistia com o filho para que este vestisse sua camisa de futebol, pois ele ia a um jogo: como a criança negou-se a vesti-la, exigindo outra roupa, a mãe rasgou furiosamente a camisa de futebol e, só depois, deu-se conta de seu ato desmedido.

As reportagens sobre a STPM trazem muitos depoimentos de mulheres que procuram por tratamento médico, depois de perceberem em seus atos impulsivos a ameaça de uma tragédia. Um caso bastante ilustrativo do que pode ser vivido como uma ofensa intolerável pela mulher, é o de uma mãe que, sob grande tensão pré-menstrual, atirou uma faca contra a filha porque esta derrubou café com leite na toalha (Época, 2000, p.56-7).

As tarefas domésticas são, com bastante frequência, um fator desencadeador da agressividade das mulheres, por despertar-lhes sentimentos de subserviência; de domínio pelo outro, que “as faz trabalhar”; de revolta contra sua condição – que parece estar associada à vivência de um corpo de mulher, que é “obrigado a trabalhar”, independentemente de sua vontade; um corpo que escapa de seu controle, que lhes impõe um imenso esforço, para que possam manter-se em sua posição de sujeito.

É assim que tanto um adulto quanto uma criança pequena e indefesa podem encarnar um lugar de domínio, para a mulher, precipitando um ato agressivo incontrolável. O destino do ato agressivo é o corpo do outro, independentemente do fato de que esse corpo seja poderoso, que a ameace fisicamente; que este corpo tenha um pênis ou uma vagina; que seja grande ou pequeno. O corpo não faz diferença... Nem o do outro, nem o dela, tampouco. E é isso que o torna “sem-sentido”, fazendo sua função reprodutora ser vivida apenas como uma “obrigação”.

Essa agressividade mortífera, que é desencadeada pelo outro, precipitando um agir, sem mediação pela palavra, parece, de fato, reproduzir a rivalidade imaginária, vivida pela criança, diante do espelho. Uma rivalidade desencadeada pela imagem de domínio do outro, diante da qual, o sujeito não pode se reconhecer. E as mulheres, realmente, dizem não se reconhecerem nesses momentos de atuação agressiva, como se os atos fossem praticados por outra pessoa - uma pessoa que não reconhece seus filhos, não reconhece seus pais, seu marido, ou quem quer que seja, pois não há mediação simbólica. Uma pessoa que não reconhece a si mesma e, para a qual, o outro é apenas um estranho.

Esta hipótese, formulada a partir da teoria do narcisismo, de Lacan, poderia explicar a atuação sintomática como resultado de uma cristalização da relação imaginária entre a mulher e o outro, porém, não diz nada sobre a natureza desse outro, diante do qual a mulher não pode se reconhecer.

Se, no Estádio do Espelho, o outro é uma imagem de domínio, antecipadora, diante da prematuridade da criança, poder-se-ia supor o mesmo, em relação às mulheres, nas crises de STPM? Como pensar o corpo da mulher, nesse momento, em relação à imagem de domínio do outro?

Para a busca desta resposta, é interessante retomar a questão das sensações pré-menstruais como algo cuja percepção pode trazer angústia para a mulher, tentando relacioná-la ao narcisismo feminino e, especificamente, à tensão narcísica gerada pela imagem do outro.

Questionar a STPM, a partir do corpo, do narcisismo e do outro, torna-se fundamental para a compreensão de sua dinâmica, pois, como se percebe, ela se organiza não apenas como um processo de tensão e descarga, resultante de um excesso produzido pelo corpo, mas em função de um excesso que surge na relação com o outro.

A questão das doenças psicossomáticas, que se dão no campo do narcisismo, pode ajudar a pensar sobre o surgimento da STPM, ampliando nossa visão sobre a dinâmica dessa relação.

Nasio propõe que, da mesma forma que no Estádio do Espelho há um impulso que vai da insuficiência orgânica da criança prematura à imagem antecipadora, pode-se pensar que uma imagem antecipadora, ultrapassando as possibilidades receptivas do sujeito, seja capaz de provocar uma insuficiência orgânica (NASIO, 1993, p.43-58).

Dessa forma abre-se uma nova possibilidade, que é pensar no surgimento da STPM como um processo bilateral, ou seja, tanto como uma intensificação narcísica desencadeada a partir do corpo, como uma reação narcísica precipitada pela imagem do outro. De qualquer modo, pode-se partir do princípio de que esta é uma relação em que o simbólico fracassa. A tensão seria justamente o fracasso da relação em simbolizar para a mulher, sua própria imagem.

Partindo do princípio de que o que está em jogo na tensão pré-menstrual é o próprio corpo, a identificação sexual da mulher, propõe-se refletirmos sobre o outro, como uma imagem diante da qual a mulher não pode se reconhecer, e que, em primeira instância, estaria representada pelo homem - o marido, eleito, no discurso das mulheres, como o objeto de sua rivalidade.

Como a mulher se veria, diante desse homem? E, por quê não perguntar: como ela seria vista por ele?

Freud diz:

...a tempo percebemos que, muitas mulheres, elegem seu marido de acordo com o modelo do pai ou o colocam no lugar deste; porém, no matrimônio, repetem sua má relação com a mãe. O marido devia herdar a relação com o pai, e na realidade, assumiu a vinculação com a mãe. (...) A relação materna foi a mais primitiva; sobre ela se estruturou a relação com o pai, e agora, no matrimônio, o primitivo volta a emergir da repressão (FREUD, 1973, p.3081).

5.2. A MULHER E O O(O)UTRO

A transferência agressiva das primitivas relações parentais para o casamento foi abordada por Freud, em *O Tabu da Virgindade* - cujo fundamento seria justamente evitar que o marido se torne objeto da hostilidade feminina, derivada da relação da filha com o pai (e, antes dele, com a mãe). (FREUD, 1973, p.2444)

Os mitos e tabus primitivos podem ser um bom caminho para se refletir sobre a questão da rivalidade entre os homens e as mulheres, justamente por referirem-se a um momento originário, anterior ao estabelecimento das diferenças sexuais e ao Complexo de Édipo.

Partindo das narrativas míticas, nas quais o nascimento da cultura é representado como a dominação feminina, pelo homem, podemos pensar o processo de subjetivação, de nascimento do sujeito sexuado, como o momento da dominação do desejo materno, pelo significante Nome-do-Pai.

Os mitos falam de uma mulher poderosa, dona de um desejo incontrolável, capaz de fascinar os homens, trazendo sua desgraça. Uma mulher imaginada, cuja identidade é coberta por uma máscara sagrada, e que só pode existir na fantasia. Uma referência, certamente, ao poder da mãe, cujo corpo é visto como um grande falo pela criança que, fascinada e dominada por seu desejo, chega a matá-lo simbolicamente, passando a dominá-lo, a representá-lo e a zelar para que a “máscara-falo” não seja mais encarnada por nenhuma mulher*.

Essas narrativas, simbolizando a dominação cultural feminina, fundamentam todo um conjunto de costumes e tradições primitivos, organizando e normatizando as relações entre os homens e as mulheres. Tal relação é mediada por uma série de tabus, nos quais o temor à mulher é uma regra geral. Este temor, que é representado principalmente através da menstruação, confere ao sangue menstrual o poder do falo simbolizado nos mitos, considerado como uma arma feminina, que deve ser neutralizada através do comportamento masculino e dos rituais.

O comportamento dos homens, orientado no sentido de não se deixarem enfeitiçar pela imagem feminina, preserva sua separação, através do afastamento das mulheres, da proibição de que elas o chamem por seus nomes, que olhem em seus olhos, que os fascinem. As mulheres devem mostrar-se castradas diante de seus maridos, numa

* Referência ao mito Yamana-Yaghan, descrito no item 4.3.

posição submissa, que lhes garanta uma imagem de domínio. Porém, essa dominação só se mantém segundo a concepção primitiva, sob a condição de que os homens satisfaçam seus desejos, ou seja, ao preço de uma compensação.

O comportamento masculino, então, organiza-se em função do reconhecimento dos desejos femininos, demonstrando uma percepção de que as mulheres não renunciam a sua identificação fálica, tão facilmente, e que podem sempre voltar à antiga posição, caso se vejam frustradas, ou quando a imagem do homem não chegue a marcar uma diferença entre ambos.

Dessa concepção, pode-se extrair a seguinte mensagem: evitar a fascinação pelo falo imaginário materno é a garantia de que o homem possa desejar a mulher, reconhecendo-a como “castrada” e, portanto, desejante, devolvendo-lhe uma imagem feminina.

A descrição das mulheres sobre suas crises de tensão pré-menstrual, entretanto, nos faz imaginar a cena de um homem paralisado diante de uma mulher-falo, cuja imagem é refletida pelo olhar do parceiro.

Como já visto, o falo, fantasiado primitivamente como um órgão poderoso da mãe, tem uma função protetora para o Eu, contendo, por seu intermédio, o excesso pulsional que se apodera da criança. A angústia de castração vem justamente da descoberta de que ele não existe - lá onde deveria estar, fazendo barreira contra o gozo intolerável -, impelindo o próprio sujeito a se identificar com o falo, para proteger-se.

Este gozo intolerável é assimilado a um ataque pulsional interno que, ultrapassando a capacidade de ligação psíquica da criança, ameaça sua integridade. Em sua passividade primitiva, o corpo da criança, ao ser penetrado pelos significantes do Outro, torna-se o foco de uma sexualidade excessiva e auto-erótica, impossível de ser suportada. O caráter invasivo e penetrante do desejo materno confere à mãe o estatuto do próprio falo, que ameaça causar sua destruição.

Embora Freud assimile a posição de passividade à feminilidade, cuja recusa ele reconhece, já em 1937, como um elemento essencial no desenvolvimento psíquico dos sujeitos e o principal entrave na aceitação da castração em ambos os sexos, em sua elaboração, isto se coloca apenas em relação ao homem, enquanto na mulher o desejo de ter um pênis continua a ser considerado como o principal impedimento à realização de sua sexualidade (FREUD, 1973, p.3363).

Porém, na elaboração de outros autores, é esta sexualidade primitiva, marcada pelo gozo de ser penetrado passivamente pelo Outro, que constitui a feminilidade originária, vivida por todos os sujeitos, e cuja natureza descontrolada e perigosa aparece como o verdadeiro motor do recalçamento e da formação fantasística.

A vagina é a própria coisa, o lugar repetitivo da intrusão sedutora originária e, nessa condição, particularmente propícia à manutenção do enigma. A confusão cloacal, a natureza interna dos processos somáticos e a invisibilidade dos lugares excitados, tudo isso concorre para acentuar o caráter incontrolável da feminilidade precoce. (ANDRÉ, 1996, p.115)

A recusa da feminilidade, então, em ambos os sexos, agarra-se ao falo como um elemento protetor; um elemento a ser cultivado numa relação narcísica, onde há apenas um sexo, com a ausência do outro.

O outro sexo, para qualquer um, homem ou mulher, é sempre o sexo feminino, na medida em que ele está pré-inscrito no psicossoma da criança pela efração sedutora do outro (do adulto), e que, ao ser penetrado, ele repete o gesto e mantém o enigma dessa efração. Ao contrário, o sexo masculino, em sua simbolização fálica, é para todo mundo o mesmo, quer se o tenha ou não. O falo é o primado de um sexo, apenas um, sem outro senão sua própria ausência. (ANDRÉ, 1996, p.115)

O fato de recorrer à significação fálica, para definir seu sexo, faz com que, para a mulher, a feminilidade seja algo impossível de ser simbolizado como tal. O gozo feminino, então, permanece como gozo fora da linguagem, como puro gozo corporal, impossível de ser dito. Um gozo que, segundo Lacan, tem relação com o Outro.

O caminho para que a mulher consiga deter esse gozo, que a faz ausente enquanto sujeito, é a criação de um significante que simbolize seu corpo, por meio da maternidade. Em outras palavras, a mulher só pode ter acesso à castração, através de um filho, que venha significar o objeto perdido de seu corpo.

Este é um caminho que lhe impõe atravessar a angústia de castração, renunciando à identificação fálica e abrindo seu corpo a essa nova significação, pela sexualidade, ou seja, entregar-se ao gozo da feminilidade, para viver no corpo essas transformações.

Nasio coloca que a aceitação da feminilidade é condição fundamental, também, para que o homem possa atravessar a castração e assumir a paternidade.

Para o homem neurótico, a simples idéia de ser castrado equivale, em sua fantasia, a ser apenas uma mulher, uma mulher que, como todas as mulheres de sua fantasia, só pode ser submissa. E, da mesma maneira, para a mulher neurótica, a simples idéia de não possuir o falo que ela reivindica equivale, em sua fantasia, a ser também uma mulher dominada. (NASIO, 1991, p.94)

Compreende-se, então, que, para que o homem possa reconhecer a feminilidade na mulher, é preciso que ele a aceite com relação a si mesmo. Sem essa condição, ele não pode marcar a diferença fundamental, para que a mulher se reconheça como tal, mas apenas devolver-lhe uma imagem fálica, como a única que pode ser reconhecida entre ambos.

A mesma condição se coloca, também, do lado feminino; porém, considerando a carência simbólica fundamental de seu sexo, conclui-se que a mulher se encontra numa maior dependência em relação ao outro, para o reconhecimento de sua feminilidade.

Este reconhecimento, que inicialmente é vivido com ódio pela mãe, com a descoberta da castração; com rivalidade em relação ao sexo masculino e com frustração pela “recusa paterna” em torná-la mulher e dar-lhe um filho, será finalmente esperado do marido, para o qual, como observou Freud, transferem-se todos os sentimentos negativos e toda expectativa.

A expectativa de tornar-se uma mulher, desde a puberdade, é uma questão de fundamental importância, na vida feminina, a qual, é vivida nessa fase, em relação à chegada da menstruação. “A menina espera tornar-se mulher, quando puder ser mãe.”

Essa espera parece ser constantemente relançada por algumas mulheres que, mesmo já tendo filhos, manifestam o desejo de engravidarem novamente, não para terem mais crianças, mas por sentirem “saudades da barriga” que um dia tiveram. Muitas vezes,

elas referem que “o marido não apreciou o bastante sua barriga”, demonstrando que o desligamento desse objeto que havia em seu corpo, depende, de certa forma, de sua valorização pelo outro; de uma espécie de reconhecimento, que ainda não foi vivido como esperavam.

Esse fato leva a pensar a TPM como um momento de expectativa que pode envolver todas essas questões, relativas à feminilidade. Uma expectativa de “tornar-se mulher”, que angustia. E que é atravessada com tensão e hostilidade, sucessivamente, sem que seu sentido chegue a ser fecundo – que apenas se.

5.3. A RECUSA DA FEMINILIDADE

Pensando-se agora na recusa da feminilidade como algo que é inerente à vida dos neuróticos, ou seja, a todas as pessoas, de um modo geral, pode-se concluir que ela produz seus reflexos também na instituição das normas e padrões culturais, que orientam as identificações sexuais dos sujeitos.

Essa feminilidade, em seu aspecto de gozo inaceitável, está representada, tanto no mito, quanto na religião e na Ciência, como uma “recusa da feminilidade” inscrita, historicamente, como “recusa da menstruação”.

Partindo do tabu, que é considerado o mais antigo dos códigos da humanidade, observa-se que, como uma expressão dos processos psíquicos primários, ele se funda sobre significações ambivalentes, que preservam o proibido, transformando-o em sagrado, sob o domínio imaginário do sujeito. O tabu da menstruação institui uma exclusão temporária da feminilidade, em que o “temor à mulher do mesmo sangue” é inscrito como “temor ao sangue da mulher”, através de um afastamento destinado a controlar imaginariamente a invasão do gozo ameaçador.

Igualmente na concepção religiosa, a exclusão da feminilidade como algo imundo e incontrolado recai sobre a menstruação, cujo caráter de contaminação, inevitável, dá lugar a rituais obsessivos de purificação.

Tanto na concepção primitiva como na religiosa, o recalque da sexualidade feminina é simbolizado pelo ideal da concepção assexuada, por intermédio das figuras da “menina virgem” e da “Virgem”, respectivamente, e da exaltação de um gozo sublime, que vem se opor ao gozo masoquista e destruidor da penetração sexual.

Já na concepção científica, o recalque do gozo feminino, inscrito no corpo dos sujeitos, é convertido no sintoma histérico, no ataque interno do corpo da mulher por uma sexualidade animal, que, à maneira contraditória do tabu, encena, ao mesmo tempo, a fantasia de uma concepção assexuada, com a suspensão da menstruação.

Freud aponta uma correspondência entre os três momentos da evolução das concepções humanas e as fases do desenvolvimento psíquico dos sujeitos:

Na fase animista o homem atribui a si mesmo a onipotência; na religiosa a cede aos deuses, sem renunciar de todo modo seriamente a ela, pois se reserva o poder de influir sobre os deuses, de maneira a fazê-los atuar conforme aos seus desejos. Na concepção científica do mundo já não existe lugar para a onipotência do homem, o qual, tendo reconhecido sua pequenez e se resignado à morte, encontra-se submetido a todas as demais necessidades naturais. Em nossa confiança no poder da inteligência humana, que conta já com as leis da realidade, achamos todavia traços da antiga fé na onipotência. (FREUD, 1973, p.1803)

Esta “onipotência das idéias”, que Freud associa ao narcisismo, aproxima em sua visão o primitivo e o neurótico, na medida em que ambos atribuem um valor exagerado aos atos psíquicos. A noção do exagero atribuído aos atos psíquicos - que pode ser tão bem identificado nas raízes do simbolismo cultural, assim como nos sintomas neuróticos -, revela a onipotência dos sujeitos, em colocar seu desejo acima da realidade, dominando-a e moldando-a de acordo com seu narcisismo, ainda que, somente à custa da fantasia.

Assim, ao longo de toda a evolução das concepções humanas - desde a representação imaginária, no tabu; a introdução do simbólico, no pecado; até o recalque, na histeria -, podemos observar uma progressiva elaboração da recusa da feminilidade, que recai sobre a menstruação, tornando-a um símbolo do gozo feminino destruidor, da castração e da realização incestuosa.*

* Embora as fases da evolução cultural sejam descritas, aqui, como sucedendo uma à outra, é importante enfatizar que essa seqüência não se refere à delimitação cronológica de tais momentos, mas à progressiva elaboração da relação do homem com seu desejo, refletida nos sucessivos discursos culturais.

Os discursos culturais sobre a dominação feminina refletem essa necessidade dos sujeitos de conservarem sua identificação imaginária ao falo, que torna-se cada vez mais acentuada, desde a sociedade primitiva até a moderna.

As palavras de Nasio são esclarecedoras sobre este aspecto:

Não nos esqueçamos de que o universo do neurótico não se compõe de homens ou mulheres, mas de onipotentes e castrados, de dominadores e subjugados. Assim, é compreensível que, independentemente de seu sexo anatômico, o neurótico assemelhe a imagem repulsiva de si mesmo, castrado, à imagem de uma mulher humilhada. (NASIO, 1991, p.94)

Compreende-se, assim, o fato paradoxal de que as mulheres expressem uma “revolta feminina” contra o domínio masculino, ao mesmo tempo em que dele participam, demonstrando que tal dominação se mantém pela necessidade de ambos os sexos de evitar a feminilidade, considerada tanto por um, quanto pelo outro, como uma ferida para o seu narcisismo.

Na concepção primitiva, essa recusa da feminilidade está representada pelo homem e pela mulher, de forma essencialmente imaginária, por meio do comportamento e das posições assumidas por cada um, cabendo ao homem a posição de domínio fálico, enquanto à mulher cabe representar a humilhação causada pela castração.

A mulher primitiva, então, seria a própria encarnação dessa feminilidade originária, seja na vida cotidiana ou nos rituais de violação feminina, numa posição de passividade que caracteriza o gozo mazoquista.

Na concepção religiosa, igualmente, a feminilidade é representada como submissão, porém, não mais como um gozo explícito, e sim como um gozo vergonhoso, cuja imagem deve ser coberta, perante os símbolos fálicos.

Na concepção científica, a histeria vai expor este gozo, transformado em doença, em manifestações apavorantes, que serão observadas como uma realidade concreta. Uma recusa da feminilidade que passa a se manifestar, agora, no corpo das próprias mulheres, como expressão do domínio fálico, definitivamente estabelecido.

Considerando-se a evolução destas concepções sobre a feminilidade, de acordo com Freud, como três fases do discurso humano, ao longo das quais realiza-se, progressivamente, uma elaboração cultural do recalque da sexualidade, poder-se-ia acrescentar-lhe a STPM, da seguinte maneira:

Embora guardando uma relação com a antiga histeria – através das perturbações que só cessam com a menstruação -, a STPM já não submete o corpo da mulher a ataques internos, nem a desfalecimentos e convulsões. Na STPM, o corpo se mantém como um falo, orgulhosamente dominado, sem manifestações que desmereçam as mulheres, aos olhos do outro. No lugar das manifestações uterinas, somente um ódio sem sentido vem lembrar um gozo, que teima em se manifestar.

Como já foi salientado, anteriormente, o objetivo de analisar tais concepções não é desenvolver uma discussão sobre os aspectos da evolução humana, do ponto de vista antropológico, mas extrair delas os aspectos relativos à sexualidade considerados importantes para o estudo psicanalítico que aqui se desenvolve.

É assim, que, examinando-se de modo independente essas diferentes elaborações sobre a feminilidade, verifica-se que elas fazem reaparecer a mesma condição enigmática do gozo feminino, como um significante que se repete.

Tais significações, nascidas do sentido atribuído aos processos corporais femininos, revelam uma percepção sobre as alterações que ocorrem nas mulheres, em virtude do seu ciclo menstrual, que vai associá-las a um “mal”, por serem enigmáticas para elas mesmas. Um enigma que vai se inscrever sob diferentes significações, de acordo com os diferentes contextos culturais, produzindo um sentido circunstancial, passível de sucessivas modificações, de acordo com o espírito do tempo.

Pensando na organização cultural da atualidade, na qual veio inserir-se a STPM, vê-se a propriedade das palavras de Freud sobre a persistência da “onipotência das idéias”, manifestada, nos moldes modernos, através da relação imaginária dos sujeitos.

Nota-se que, com a evolução cultural e científica dos tempos modernos, a difícil conquista da igualdade de direitos entre os sexos se fez acompanhar, necessariamente, de uma equiparação da imagem mantida por ambos os sexos, o que, na STPM, parece ser tão bem demonstrada.

É compreensível que, para assumir uma posição de igualdade perante o homem, a mulher tenha sido obrigada a assumir uma posição de concorrência, de rivalidade, intensificando sua identificação fálica e moldando-se aos padrões valorizados socialmente, em detrimento das próprias necessidades de simbolização da posição feminina.

O corpo feminino, que sempre foi fonte de tantos enigmas e inquietações, teve que moldar-se às exigências atuais. Suas funções corporais, hoje completamente desvendadas pela Medicina, sofreram uma objetivação, segundo a qual, o funcionamento orgânico passou a responder a todas as questões. A maternidade, que o definia como feminino, já não é mais considerada essencial às mulheres. Em suma, a feminilidade, em seu aspecto primitivo de gozo ameaçador, parece encontrar hoje, na cultura, muito mais obstáculos a uma simbolização, que possibilite à mulher atravessar a angústia de castração.

No momento em que seu corpo padece de uma significação impossível, diante dos processos corporais que a invadem internamente, a mulher, ameaçada por essa feminilidade primitiva e inaceitável, busca reconhecer sua angústia, no homem, que, tampouco pode responder a ela. A mulher, então, não se entrega ao gozo destruidor, mas o impõe ao outro.

Atacar o outro, talvez seja uma forma de externalizar seu estado interior, de fazê-lo reconhecer sua dor, ou de poder reconhecê-la na imagem agredida do outro. A imagem do homem, impassível, por não viver o mesmo tormento interior, torna-se, então, o lugar onde ela quer estar. Quanto mais o homem se mantém impassível diante de seu corpo sem sentido, mais ele se torna objeto de rivalidade e de ódio.

Esta é uma hipótese que pode ajudar a compreender o caráter indistinto do outro, tomado como objeto da agressividade. O fato de as mulheres tentarem matar, não apenas seus maridos – o que poderia ser compreendido como uma disputa sexual –, mas também seus filhos, leva a pensar que é justamente esse aspecto “impassível” do outro que desencadeia o ódio.

Sob esse aspecto, a imagem da criança, cujo corpo ainda não amadurecido sexualmente, se encontra aquém das tensões provocadas pela sexualidade madura, poderia ser reconhecida como uma imagem ideal, invejada, neste momento pela mulher. Uma imagem, que poderia remeter ao falo imaginário, que ela própria julgou ser um dia.

5.4. O ÚTERO NA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL

O investimento precoce dos órgãos sexuais internos, pela menina, é um aspecto da feminilidade, que Freud sempre relutou em abordar. Baseando-se na idéia de que o recalcado, nos sujeitos, estaria associado ao sexo oposto, ele admitiu uma feminilidade primitiva no menino, enquanto à menina, coube apenas a inveja da masculinidade. Só muito mais tarde, ele reconheceu que a primitiva relação da criança com a mãe é a mais decisiva na história do sujeito.

A polêmica questão das sensações vaginais precoces, sendo retomada, posteriormente, por seus seguidores, deu origem a outras teorias sobre a feminilidade, nas quais podemos nos apoiar para a investigação da STPM. Entre essas teorias, a elaboração feita por Nasio, sobre a representação do útero na fantasia histérica, é a que melhor vem elucidar os aspectos obscuros da sintomatologia pré-menstrual.

Certamente, a menina investiria seus órgãos internos da mesma maneira que o menino investe seu órgão peniano externo. Mas resta a interessante questão de saber qual a diferença existente entre um e outro na maneira de perceber e, por conseguinte, de investir seus próprios órgãos. É como se a menina possuísse uma percepção mais aguçada das sensações internas (percepção proprioceptiva) do que o menino; e talvez, inversamente, como se o menino fosse mais sensível do que a menina na percepção das formas externas. (NASIO, 1991, 161)

Esta elaboração sobre a feminilidade considera o útero como equivalente ao falo, para a menina, numa época em que a criança ainda não se deu conta da diferença entre os sexos. Isso não significaria que as crianças de fato não “enxergassem” os órgãos genitais das pessoas, nem os seus próprios, mas que seu investimento libidinal estaria baseado na percepção das sensações genitais que, através da excitação, lhes comunicariam a presença do órgão, imaginariamente fantasiado como poderoso.

A mãe é originalmente o primeiro agente da erotização do corpo da criança, penetrando-a com o seio, o olhar, a voz e de inúmeras outras formas, que imprimem a marca de uma erogeneidade corporal excessiva, que obriga à intermediação pela fantasia, através da qual, ela é tomada como um falo em sua totalidade.

Pelo fato de a criança identificar, inicialmente, apenas o falo e não a diferença entre os sexos, sua fantasia incide sobre o objeto fálico imaginário, independentemente do sexo daquele que irá representá-lo.

Embora o corpo da criança seja lugar da penetração significativa pelo pai, tanto quanto o é pela mãe, ela é o primeiro objeto libidinal e a primeira a ocupar o lugar do falo na relação imaginária com a criança. A figura paterna, nessas circunstâncias, poderia ser compreendida como um substituto materno; uma das faces do Outro, não sendo reconhecida, ainda, a diferença sexual. Esta só irá se estabelecer, a partir do momento em que a criança identificar a mãe como castrada.

Segundo esta visão, o gozo de ser penetrada pelo falo só seria assimilado à penetração feminina pelo homem, posteriormente, quando do reconhecimento pela criança, de que o pai é o possuidor do objeto desejado.

Em outras palavras, o pai seria “diferenciado” simbolicamente pela criança, a partir do momento em que ele é reconhecido como aquele que pode realizar a satisfação, originalmente fantasiada com a mãe. Esta primeira transferência, realizada pela criança, seria o processo que permitiria integrar à figura do pai, as representações libidinais, anteriormente condensadas no objeto materno.

O pai, tornando-se para a criança aquele que sabe responder ao enigma do desejo da mãe, será tomado, também, como aquele que pode responder ao desejo da menina, significando sua feminilidade, vivida como um gozo despedaçante e masoquista.

A impossibilidade paterna de significar-lhe a feminilidade obriga a menina a identificar-se com o pai, buscando descobrir “o que é uma mulher”, pela via do seu desejo.

É a prevalência da Gestalt fálica que, na realização do complexo edípico, força a mulher a tomar emprestado um desvio através da identificação com o pai, e portanto a seguir durante um tempo os mesmos caminhos que o menino. O acesso da mulher ao complexo edípico, sua identificação imaginária, se faz passando pelo pai, exatamente como no menino, em virtude da prevalência da forma imaginária do falo, mas na medida em que esta é ela própria tomada como o elemento central no Édipo. (LACAN, 1988, p.201)

Para suportar a constatação de uma castração já existente e encontrar uma solução para o desejo de possuir um pênis, a menina se identifica com o falo do pai. Identificar-se com o falo paterno é fazer-se objeto de desejo do Outro - do outro de suas fantasias inconscientes -, e esta é uma posição a ser ocupada, forçosamente, pela mulher, na busca de uma definição para seu sexo.

Esta identificação com o falo não se dá de forma definitiva, podendo conduzir a uma identificação com certos traços da figura do pai, variando até a puberdade, quando o amadurecimento sexual faz despontar a feminilidade.

“Para a mulher, a realização de seu sexo não se faz no complexo de Édipo de uma forma simétrica à do homem, não pela identificação com a mãe, mas ao contrário pela identificação com o objeto paterno, o que lhe destina um desvio suplementar.(...) Mas a desvantagem em que se acha a mulher quanto ao acesso à identidade de seu próprio sexo quanto à sexualização como tal, na histeria transforma-se numa vantagem, graças à sua identificação imaginária com o pai, que lhe é perfeitamente acessível, em virtude especialmente de sua posição no complexo de Édipo. (LACAN, 1988, p.197)

A experiência clínica mostra que essa identificação, na qual a menina vai assumir o lugar do falo paterno, não pode ser vivida sem frustrações e rivalidade em relação a ambos os pais, ou sentimentos ambíguos, derivados de fantasias sexuais inconscientes, que mobilizam o desejo e o terror, ao mesmo tempo.

A dificuldade a ser elaborada pela mulher é abandonar esse lugar de objeto amado do Outro, ao qual ela pode permanecer fixada, como no caso da histeria.

O histérico é fundamentalmente um ser de medo que, para atenuar sua angústia, não encontrou outro recurso senão manter incessantemente, em suas fantasias e em sua vida, o doloroso estado de insatisfação... Há apenas um perigo absoluto, puro, sem imagem nem figura, mais pressentido do que definido, a saber, o perigo de viver a satisfação de um gozo máximo. Um gozo tal que, se o vivesse, ele o faria enlouquecer, dissolver-se ou desaparecer. (NASIO, 1991, p.15)

Na estruturação histórica, a realização do gozo, ao mesmo tempo que desejada, é temida, por figurar um arrebatamento capaz de acarretar a desintegração do próprio ser. A identificação fantasística ao falo surge como algo imprescindível, sem o que seria impossível conter a angústia. Esta seria a razão da falicização do corpo, na histeria, através da qual a menina se transforma, ela mesma, no falo que falta à mãe.

A histérica ama seu Eu como seu primeiro objeto sexual; o Eu da histérica é seu órgão sexual, e para se preservar nessa posição, ela inventa um mundo fantasístico de eterna insatisfação.

O fato de colocar-se como objeto do Outro não significa que ela vise à satisfação de um gozo que, na verdade, ela teme, e cuja realização a levaria a perder-se no Outro, a ser incorporada, reduzida a puro objeto de gozo. Ela se coloca como objeto do Outro, mas um objeto virtual, em cujo lugar pode se ver amada. E para conservar-se aquém da realidade, que lhe é insuportável, a histérica não pode realizar sua sexualidade.

Ela se mantém firmemente fixada à indefinição sexual, ao momento em que tanto o homem quanto a mulher eram imaginados como portadores de um falo, abrigando em seu interior ambos os sexos, unidos e não realizados. Assim como o falo coloca-se, para ela, aquém da diferença sexual, o útero é o lugar da fusão do masculino e do feminino, num mesmo corpo.

O falo no qual se torna a histérica é o falo-útero, concebido por Nasio como o corpo que abriga a união dos dois sexos, na fecundação. A concepção assexuada de uma criança é a fantasia fundamental na histeria, enquanto a fantasia de castração seria, justamente, a destruição desse útero-falo, cuja preservação será a razão da própria insatisfação.

A insatisfação, nos histéricos, é correlativa ao amor de si mesmos; a ponto de tornar-se o seu próprio desejo. Tanto a maternidade, quanto a paternidade, assim como a realização genital de seu sexo, representam um risco, a ser evitado a qualquer preço.

A partir dessa posição, o mecanismo da conversão histérica, que transforma a angústia dessa fantasia inconsciente numa desordem geral da sexualidade, tem um alcance mais global do que a conversão estrita, que transforma o excesso libidinal num sintoma somático particular.

Haveria, portanto, dois tipos de conversão: uma conversão global, que transforma a angústia num estado geral do corpo, e uma conversão local, que transforma a angústia num distúrbio somático limitado a uma parte definida do corpo. Julgamos que a idéia de uma conversão global – que não se limitaria a uma

parte do corpo, mas o implicaria globalmente – permite compreender melhor a sexualidade histórica.(...) Assim, podemos afirmar que a angústia da fantasia se transforma num estado perturbado da vida sexual do histórico, num estado de sofrimento devido a uma erotização geral do corpo, paradoxalmente acompanhado por uma inibição concentrada no nível da zona genital. (NASIO, 1991, p.44)

Esta definição parece reproduzir, justamente, o estado de perturbação vivido pela mulher, sob a influência da tensão pré-menstrual: uma extrema excitação psíquica proveniente da exacerbação corporal, com ausência de sensações propriamente genitais ou uterinas.

A oscilação sintomática relacionada ao ciclo menstrual poderia ser vista como uma oscilação entre os dois tipos de funcionamento do corpo histórico: um estado de erotização geral do corpo, com exceção da zona genital / uterina, durante a fase lútea, e um estado de concentração libidinal sobre os genitais e o útero, com excessão do corpo, com o início da menstruação e das sensações dolorosas, a ela associadas.

Esta oscilação libidinal, que investe ora a zona genital / útero, sem o corpo, ora o corpo, sem os genitais, aparece como o traço mais marcante na sintomatologia da STPM, e o que estabelece sua associação com a histeria – não no sentido estrito de uma conversão sintomática, mas como alternância entre dois estados libidinais opostos, em que a dessexualização e a sexualização, levam, respectivamente, à vivência orgânica e à simbolização do útero, mediante a menstruação.

5.5. POR QUÊ “HISTERIA”?

A idéia de que os processos corporais internos, associados ao período pré-menstrual, possam desencadear angústia na mulher, desperta muitas interrogações. Como imaginar esse útero ameaçado, por um processo orgânico, vivido à maneira de um gozo, impossível de ser traduzido em palavras ou sensações?

Ao se pensar no útero ameaçado pela “tensão pré-menstrual”, vêm à cabeça imagens, tais como: a ovulação, o útero preparando-se para a concepção, os órgãos se comunicando, transformando-se silenciosamente, como que movidos por uma vida própria

– um processo quase impossível de ser imaginado, desacompanhado de sensações. Porém, sabe-se que não é de sensações que se trata. Para se compreender a tensão que ameaça o interior da mulher, ter-se-ia que supor um estado impossível de ser descrito - simplesmente, porque é impossível representar a pulsão.

A pulsão é a vida que reclama pelo corpo, abre brechas, faz buracos, se instala em todo lugar. A pulsão é aquilo que não tem corpo. É preciso inventar-lhe um corpo, sob o risco de que ela tome todo o ser. A fantasia é o corpo que se empresta à pulsão, para que ela não leve ao desaparecimento no gozo.

O gozo é a tensão excessiva que leva o corpo ao máximo do seu esforço, numa completa ausência de palavras, quando não se pode nomear as sensações corporais, nem representá-las na consciência, sob uma significação qualquer.

À semelhança do inconsciente, que faz o sujeito falar sem saber, o gozo o revira sem que ele perceba onde é tocado. (...) Do gozo, o sujeito está excluído. (NASIO, 1993, p.138)

Para se falar do gozo, especificamente no caso da STPM, deve-se supor um estado para além das sensações costumeiras associadas ao período pré-menstrual; um incremento dessas sensações ou, de acordo com Freud, um acúmulo de estímulos em um nível intolerável.

A idéia de um acúmulo de estímulos que, paradoxalmente, não é identificado pela consciência, faz crer que o acúmulo, mesmo, seria a condição do gozo, no sentido de que, uma vez transposto um limiar, torna-se impossível identificar se há prazer ou dor. O gozo seria um estado no qual o prazer e a dor se confundem, sem encontrar representação na consciência, e o corpo se consome como orgânico.

Considerando-se que as alterações acarretadas pelo ciclo menstrual, podem gerar um tal excesso pulsional, que, não podendo ser simbolizado, mobiliza uma extrema angústia, encontra-se nesse excesso, razão suficiente para motivar uma intensificação narcísica, levando à concentração da libido no Eu e à passagem ao ato.

É possível, realmente reconhecer nesses fatores a razão, tanto da exacerbação pré-menstrual quanto de seus diferentes desfechos - desde a passagem ao ato, até a depressão e as manifestações hipocondríacas, com sintomatologia orgânica, e outros. Porém, é preciso analisar-se não apenas os mecanismos psíquicos que possam explicar essas manifestações, mas, também, os discursos das pacientes, nos quais a vivência subjetiva da tensão pré-menstrual vem se colocar.

Esse discurso – no singular, porque “é um só e sempre o mesmo” -, é um discurso que expressa insatisfação; mesmo quando esta não é formulada claramente. Há sempre uma insatisfação, que se torna insuportável durante o período pré-menstrual, e que, depois, é negada completamente.

Isso demonstra, primeiramente, que não se está diante de um quadro sintomático, que se manifesta apenas durante o período pré-menstrual, mas diante de uma oscilação sintomática entre “um mundo negro” e “um mundo totalmente cor-de-rosa”.

“O mundo dessas pacientes não aparece nunca em suas cores reais, mas sempre segundo sua fantasia.”

Se, sob os efeitos da tensão pré-menstrual, as pacientes “enxergam tudo o que está errado em suas vidas”, depois que a menstruação traz seu alívio, elas não querem enxergar problema nenhum, ou seja, elas cultivam a insatisfação, parecendo realmente precisar dela.

Essa insatisfação, em torno da qual gira suas vidas, é referida principalmente aos maridos e, em sua ausência, a uma pessoa próxima, com quem se estabelece, igualmente, uma relação de ódio e amor – como um chefe, por exemplo.

A STPM é um quadro sintomático que se expressa através do outro; que se expressa como um excesso gerado na relação com o outro. As pacientes não falam sobre si mesmas ou sobre seus corpos, suas dores, suas preocupações consigo – como seria esperado numa hipocondria isolada, por exemplo -, mas sobre “como o outro as faz sofrer”.

Há um gozo nesse sofrimento de ser desrespeitada pelo outro, do qual elas não podem se separar.

Essa dualidade que se manifesta em relação ao outro, conforme a fase do ciclo menstrual em que se encontra a mulher, nos remete ao próprio modo de amar histérico - amar e odiar, conforme a percepção da força ou fraqueza fálica do parceiro, num jogo de dominador e dominado, cujo objetivo é preservar a insatisfação.

A histeria, aqui, seria considerada não somente como um modo de defesa, centrado na conversão sintomática, mas como um modo de relação, na qual o sujeito se coloca como objeto do Outro.

Podemos contemplá-la de um ponto de vista descritivo, a partir dos sintomas observáveis, caso em que a histeria se apresenta como uma entidade clínica definida; ou encará-la de um ponto de vista relacional, e assim conceber a histeria como um vínculo doentio do neurótico com outrem e, particularmente no caso da análise, com esse outro que é o psicanalista. (NASIO, 1991, p.13)

Pensando na relação amorosa como um fenômeno de transferência - que se reproduz igualmente na análise -, surge a questão: será possível a mulher se colocar numa relação amorosa sem transferir sua relação libidinal com o Outro? O amor não é um fenômeno essencialmente narcísico, no qual o sujeito se ama na imagem do outro?

Freud mostrou que a histeria está na origem de todos os sujeitos, devido à própria passividade em que se encontra a criança, em relação ao adulto, no início da vida. A condição de passividade que caracteriza a posição histérica, então, seria o modo primitivo da relação libidinal dos sujeitos, e que poderia se resumir em: fazer-se objeto do Outro.

Para a mulher, especialmente, esta é uma posição inevitável, devido à passagem necessária pela identificação ao falo paterno, posição à qual ela pode sempre retornar, quando uma nova prova de castração tiver que ser atravessada.

A resolução da castração jamais é um processo definitivo - especialmente para a mulher, devido à carência simbólica de seu sexo -, tendo que ser submetida a inúmeras elaborações, sempre que a sexualidade se apresentar como um novo impasse, despertando outra vez a angústia, mobilizando novas defesas do Eu.

Nasio diz que a fantasia histérica é considerada como estando na base de todas as neuroses. As fantasias fóbica e obsessiva, na verdade, são apenas duas versões, dela derivadas, que desenrolam-se, cada qual a sua maneira, seguindo o mesmo drama da experiência de castração, mas, principalmente, sob uma tensão de angústia idêntica à da fantasia histérica.

A clínica nos mostra que convém considerar a histeria como a mais primária na escala das neuroses, aquela sobre a qual se edificam as estruturas obsessiva e fóbica. (NASIO, 1991, p.121)

O fato de a histeria estar na base de todas as neuroses, obriga a pensar que, seja qual for o modo de defesa predominante dos sujeitos, eles terão que passar, necessariamente, pela posição histérica, colocando-se imaginariamente no lugar de objeto do Outro, para atravessarem a angústia de castração.

É assim que se pode observar, durante a análise de um paciente obsessivo, que esta somente chega a atingir o sujeito, quando, sob a capa da defesa obsessiva, aparece o histérico que ali se escondia. A obsessão parece só se mover à custa dos rasgos que vão se fazendo nesta capa e dos sintomas que vão surgindo em seu lugar, expondo o corpo do sujeito.

O falo é uma identificação primordial, sob a qual se esconde a recusa da feminilidade.

Na STPM, o jogo de insatisfação ao qual a mulher se entrega parece expressar sua necessidade de manter-se como um “falo imaginário”, recusando-se a aceitar sua feminilidade, que lhe parece intolerável, e lamentando constantemente o gozo dessa posição.

A paixão do histérico é dupla: o amor e o ódio. Quando ele ama, ele ama seu parceiro com a exclusão de seu sexo; e, quando odeia, odeia o sexo do parceiro, desligado da pessoa amada. Esse amor e esse ódio, sempre passionais, se cruzam e se alternam infinitamente. (NASIO, 1991, p.113)

Uma alternância, segundo a qual, o outro é apenas o reflexo de suas próprias fantasias, ora sendo um falo, ora um útero ameaçado.

5.6. O DESENCADEAMENTO DA TENSÃO

Segundo a elaboração do retorno libidinal entre o Eu e a imagem - desenvolvida por Lacan, por meio do esquema do espelho côncavo e do espelho plano -, o outro aparece como uma imagem marcada por um buraco, que é a versão imaginária do falo. Há uma separação na imagem, pela qual o sujeito investe o outro, sem os genitais, ou os genitais à exclusão do outro, mantendo-se sempre o contraste entre a imagem do outro e o falo imaginário (LACAN, 1979, p.89).

A histérica vê sempre o que não aparece na imagem - ora o outro, ora os genitais -, em cuja falta ela procura se identificar enquanto objeto.

Quando a imagem e o falo imaginário são ambos abolidos, a imagem do outro não funciona mais como um elemento intermediário na relação libidinal do Eu com ele mesmo – como é o caso da paranóia e da passagem ao ato. O falo imaginário não é excluído, mas, ao contrário, ele coloca-se em primeiro plano e absorve a imagem do outro e também o objeto “a”. Não havendo mais imagem do outro, e, correlativamente, nem da impotência do outro; o objeto “a” vem ocupar completamente o lugar da imagem.

Haveria, então, um emassamento, uma espécie de fusão, da fonte da pulsão e do objeto da pulsão, resultando na forclusão do Nome-do-Pai, e, conseqüentemente, na abolição da significação fálica.

Neste caso, o S1 não responde mais, não se interpõe entre o eu e a imagem, abrindo as portas para um gozo, que Nasio qualifica como um gozo suplementar, da ordem do mais gozar, isto é, da ordem do objeto “a”.

Este mecanismo, originalmente descrito na paranóia e que Nasio reconhece como o mecanismo da passagem ao ato e, também, da alucinação e da lesão de órgão, poderia explicar a passagem da tensão gerada pela fantasia histérica à atuação violenta contra o outro, presente na STPM.

Note-se, como essa passagem poderia ser articulada:

O desenvolvimento da tensão, no interior do corpo, na STPM, faz pensar num excesso pulsional, da ordem de uma invasão incontrollável, impossível de ser simbolizada, cuja vivência remete a um gozo intolerável e ameaçador à mulher. Uma vivência que parece repetir o estado primitivo da criança, invadida pela pulsão avassaladora que, ameaçada de desaparecer no gozo, tem que defender-se por intermédio da fantasia.

Tal fato dever-se-ia à impossibilidade que se apresenta num determinado momento de significar os processos corporais, dentro da relação sexual, gerando um excesso, que não tem como ser disseminado. A emergência da vivência orgânica, não sexuada, dos processos corporais, poderia ser compreendida como um ressurgimento do “enigma da feminilidade”, mediante a função reprodutora.

Essa tensão desencadeada pelo ciclo menstrual, resultante do excesso pulsional avassalador, relança a mulher a uma condição primitiva e angustiante, de passividade em relação a um gozo enigmático, diante do qual a identificação fantasística ao falo é uma saída possível.

A defesa histérica, então, viria se colocar em face do estado de carência simbólica, vivido pela mulher, em relação aos processos corporais avassaladores, cujo gozo é intolerável. Um estado do qual é preciso sair, sob o risco de mergulhar na loucura. Lembre-se, aqui, as mulheres que não conseguem sair do estado de gozo, no qual mergulham durante uma gravidez e enlouquecem; as mulheres que não suportam a angústia que seu corpo lhes impõe, mensalmente, e cometem suicídio.

Note-se que, enquanto a mulher queixa-se do outro, às voltas com sua insatisfação, ela não está mais numa posição de passividade simbólica, nem mergulhada no narcisismo absoluto, mas numa relação que, embora encene uma insatisfação, a protege de ser “engolida” pelo gozo.

Reclamar da “falta” do marido é certificar-se de sua existência como objeto fálico, referindo-se a um ideal-de-eu, que garante a devida distância à relação, ou seja, é recorrer à instância paterna para intermediar a relação ao Outro do gozo.

A defesa é sempre um sofrimento necessário para manter a integridade do Eu. A histeria seria um recurso necessário para que a libido, intensificada no Eu, pelo desenvolvimento pulsional, seja posta em circulação através da relação com o outro. É nessa relação também, que o excesso pulsional interno pode ser representado como proveniente do outro, colocando-se como algo externo, do qual a mulher pode se defender.

Porém, em alguns casos, a defesa histérica, seja como modo de relação ao outro, seja como produção sintomática, não é capaz de conter o desenvolvimento narcísico, que desencadeia a agressividade e a passagem ao ato.

Esta seria a diferença fundamental entre a STPM e a histeria clássica, atribuída originalmente ao útero, na qual as mulheres manifestavam suas perturbações, igualmente dirigidas ao outro, mas não expressavam uma agressividade em relação a este; as crises encenavam ataques internos, convulsões, êxtases, mas não se colocavam fora do corpo. Ou melhor, elas envolviam o outro através do olhar, oferecendo-se e capturando o olhar do outro.

Estas imagens, despertadas pela lembrança das “antigas” perturbações histéricas, surgem como manifestações de um gozo, igualmente originado da sexualidade enigmática da mulher, porém, um gozo que, ao se representar por meio de uma cena, demonstra já ter sido submetido a uma mediação, a uma identificação fantasística. Pode-se dizer que, bem ou mal, o gozo resolvia-se no próprio corpo, necessitando apenas do olhar do outro.

Nas crises de tensão pré-menstrual, entretanto, o corpo parece não poder mais conter o gozo, nem mesmo pelo sintoma. O corpo da mulher, agora, necessita do corpo do outro. Os ataques converteram-se em ataque ao outro – envolvem fisicamente o outro, na realidade, o que faz pensar em como se colocaria, na STPM, a questão do olhar, da relação imaginária entre a mulher e o outro.

Vê-se que na histeria o gozo se oferece ao olhar do outro; o falo é aquilo que cativa o olhar e vice-versa, numa relação que se alterna e se completa.

Na fantasia histérica há uma identificação com a falta do outro, com o furo na imagem do outro, que é o objeto “a”, causa do desejo.

Se a histérica se coloca como o objeto do outro, ela precisa que o furo da imagem se mantenha como a condição que a faz existir. É por isso que ela precisa que o outro sempre deixe a desejar: para que ela possa se oferecer aos olhos do outro, como aquilo que lhe falta.

Porém, esta relação entre a histérica e o outro, entre a mulher e a imagem, só pode se manter com a mediação do ideal-de-eu, que introduz a troca simbólica entre os sujeitos. Ou seja, a relação imaginária só pode funcionar como lugar de reconhecimento para o sujeito, na medida em que ele puder projetar um desejo que seja mediado pelo simbólico.

O Ich-Ideal, o ideal do eu, é o outro enquanto falante, o outro enquanto tem comigo uma relação simbólica, sublimada. (LACAN, 1979, p.149)

O sujeito vê seu desejo sempre externamente, no outro. O fato de o desejo só poder ser captado através da imagem do outro, faz com que, a princípio, esta imagem seja reconhecida como um eu-ideal. É somente com a intermediação pela palavra que a imagem pode ser reenviada ao sujeito, sob a forma de um ideal-de-eu, para que ele se reconheça como desejante.

Para que a mulher possa perceber seu desejo – enquanto mulher -, ele tem que ser visto no outro e mediado simbolicamente pela palavra.

Se a identificação da mulher ao desejo do outro não pode mais ser mediada pelo ideal-de-eu, o outro não pode mais ser percebido como tal, pela ausência da falta que constituía sua imagem como desejante. Ele passa a ser visto como uma imagem totalizante, cujo domínio vai despertar uma rivalidade sem saída.

Nasio observa que o mecanismo do retraimento narcísico (narcisismo secundário), embora seja referido à paranóia, pode ocorrer também nas neuroses, especialmente na histeria – e nas mulheres, pode-se acrescentar -, em que o Eu é o primeiro objeto.

Na STPM - como se pode observar pelos casos clínicos -, o enigma de ser mulher não chega a formular-se como um desejo, na relação com o outro. A relação fica estagnada, não remetendo a um mais além, que permita a circulação do desejo e a demanda da mulher cai no vazio.

Em outras palavras, o olhar não funciona mais, porque na falta de palavras que reconheçam o desejo, não há com o que se identificar.

Nessa relação, não haveria mais uma mulher, que se coloca, fantasisticamente, como objeto de desejo do outro, mas um ser imaginariamente dominado pelo outro, que lhe desperta uma rivalidade sem saída.

Lacan ressalta que, na paranóia, a passagem ao ato, faz deter o delírio.

Com base nessa observação é possível supor que, na STPM, ela também possa ter a função de fazer barreira ao gozo que, não encontrando uma possibilidade de simbolização através do outro, nem mantendo sua mediação pela fantasia, ameaça a integridade psíquica da mulher.

A passagem ao ato, então, operando através da relação imaginária, seria uma maneira de colocar um desejo - que sempre pode ser considerado uma barreira contra o gozo, ainda que, mais longínqua, fora do real do corpo – no corpo do outro.



6. CONCLUSÃO

Depois desse longo percurso, no qual se buscou desenvolver teoricamente os aspectos mais marcantes da tensão pré-menstrual, do ponto de vista da experiência clínica, propõe-se retomar a hipótese inicial, que norteou esta investigação, submetendo-a, respectivamente, a uma análise e às suas conclusões finais.

Antes de tudo, deixa-se claro que esta abordagem da tensão pré-menstrual é fruto de uma escuta pessoal, à qual se procurou ser fiel, mesmo diante dos impasses teóricos surgidos ao longo da investigação. Mais que responder a uma articulação teórica, difícil de ser realizada, como salientou-se no início, estas reflexões têm como propósito estabelecer uma discussão sobre a STPM e sobre os aspectos da sexualidade feminina, que ela traz à tona, de modo tão contundente.

Embora essas alterações femininas tenham sido desde sempre observadas, pode-se considerar que a STPM veio colocá-las, em sua verdadeira dimensão, expondo essa angústia resultante da feminilidade e as dificuldades de sua elaboração simbólica.

As palavras de Serge André poderiam resumir, com bastante propriedade, as conclusões e reflexões que aqui se esboçam sobre a questão da feminilidade e da STPM:

Poderíamos, com efeito, ressituar a noção de “neurose de angústia” nas mulheres a partir dessa divisão que faz da feminilidade uma oscilação entre a castração e o furo onde nenhum sujeito se pode inscrever como sujeito. Com relação a essa hiância, é claro que todas as angústias de castração, todas as angústias fóbicas ou históricas são apenas barreiras, proteção contra uma angústia mais fundamental que não está, em si mesma, ligada à lei nem à castração. (ANDRÉ, 1987, p.282)

A oscilação feminina, colocada em evidência pela STPM, vem demonstrar a emergência desse enigma que se coloca para além do desejo do falo e do temor à castração, como o que realmente motiva todas as defesas femininas.

Embora o enigma da feminilidade se coloque para ambos os sexos, na mulher, seu retorno constante no real do corpo, pode ser vivido como algo extremamente angustiante, como um excesso ameaçador, que impõe a urgência de uma representação, seja pelo símbolo, pela fantasia ou pelo sintoma.

Compreender essa urgência é fundamental para se compreender uma sintomatologia como a STPM, assim como tantas outras formas de “manifestações femininas” associadas ao ciclo menstrual.

Ao se buscar, no campo antropológico, significações culturais diversas para o processo biológico da menstruação, constata-se o quanto essas significações podem ser variáveis e funcionar, ao mesmo tempo, como suporte simbólico dos fundamentos culturais. Como se disse no início, longe de realizar um estudo antropológico sobre tais significações, se pretendia, por meio delas, ampliar a visão psicanalítica sobre os aspectos culturais que poderiam estar relacionados ao surgimento da STPM.

É sob esta perspectiva que os recortes extraídos do mito, da religião e da ciência, podem ajudar a compreender a função das concepções culturais e dos diagnósticos médicos, não somente para a própria cultura, mas também para a economia psíquica feminina.

Uma vez que o sexo feminino é aquilo que não pode ser dito, a função reprodutora torna-se a via privilegiada de representação dessa condição enigmática, a partir da qual tais concepções e diagnósticos instituem um campo organizador das identificações.

A representação da feminilidade como enigmática é, então, a condição e, ao mesmo tempo, a finalidade de suas manifestações e das respectivas inscrições culturais.

Notou-se que nas diversas concepções sobre a feminilidade há a menção a um poder feminino que só se mantém pelo mistério, pelo segredo que é preservado, tanto pelos homens quanto pelas mulheres - como se observa pelo afastamento das mulheres menstruadas, nas sociedades em que o sangue menstrual é considerado maléfico ou sagrado -, a despeito de qualquer prova objetiva que venha desmistificar tal concepção. Na cultura atual, porém, a evolução da Medicina, promovendo um total desvendamento do corpo feminino e dos processos ligados à reprodução, parece ter produzido seus efeitos, não somente sobre as crenças e os tabus que incidiam sobre a menstruação, mas sobre o próprio processo menstrual, como lugar de representação enigmática da feminilidade.

O deslocamento das perturbações femininas associadas à menstruação para o período pré-menstrual faz ressurgir o enigma, que é, então, re-nomeado. E o campo para o qual ele se desloca é, assim, determinado por um movimento da cultura, ou seja, esse deslocamento vai encontrar uma demanda ao inverso, uma receptividade sob a forma de um saber que vai interpretá-lo.

Esse desvendamento do corpo feminino, que proporcionou à mulher a oportunidade de exercer um controle sobre suas funções sexuais, jamais experimentado no passado, por outro lado, introduziu a idéia de uma sexualidade objetiva, na qual os mecanismos biológicos fornecem todas as respostas.

Marie Claire Boons aponta que esse suposto domínio do próprio corpo, conquistado a partir da disjunção entre sexualidade e reprodução, revela-se, na verdade, como um engodo que “transfere o corpo das mulheres, que antes pertencia singularmente ao pai e ao marido, à instituição médico-científica, proprietária anônima, esfera de poder, de decisão, de conselhos, de prescrição”. (BOONS, 1992, p.69)

Porém, se o pai, antes, era aquele que exercia a função de regulador do desejo feminino, impondo a lei de interdição ao gozo sem limites, há que se reconhecer que o saber médico-científico, ao contrário do primeiro, permite e estimula todo prazer. E, uma vez que seu saber protege contra os riscos de toda consequência indesejável - ou seja, aqueles eventos que, surgindo como falha ou acaso, obrigam a pensar -, dispensa, também, qualquer elaboração subjetiva dos conflitos relativos à sexualidade feminina.

Assim, o progresso da Medicina, embora tenha uma importância fundamental na vida de todos os sujeitos, tende a gerar como que um “recalque da falta”, que induz a gozar, sem deixar lugar para desconhecimentos, hesitações, mistérios, para as “teimosias” do corpo que, especialmente no caso feminino, sempre foi fonte de tantos enigmas.

Isso, certamente, traz consequências sobre a elaboração do desejo, por não haver mais para onde reevia-lo.

Ao contrário da histeria, cuja significação remetia ao desejo sexual e de ter filhos, ou das concepções míticas que se reportam a um desejo maléfico, a tensão pré-menstrual não é reconhecida como um desejo, remetendo apenas ao orgânico. A tensão pré-menstrual surge como uma perturbação do ciclo reprodutor, que leva as mulheres a

atacarem os homens, mas que recusa o feminino, a ponto de figurar como uma emergência “louca”, para as próprias mulheres - um gozo, mediado, não pelo Nome-do-Pai, mas pelo remédio, que veio ocupar seu lugar.

Esse é um aspecto importante na dinâmica da STPM, em que o remédio aparece como o mediador de uma relação transferencial que, freqüentemente, fracassa em possibilitar alguma elaboração subjetiva da própria feminilidade, por parte das pacientes. As repetidas observações dos médicos sobre os efeitos do tratamento placebo e a reativação dos sintomas após a interrupção do contato clínico demonstram a reprodução de um enigma, que se repete idêntico a si mesmo, sem outra via de representação.

Nasio observa que, em relação ao excesso gerado pela sexualidade, uma via possível de resolução seria disseminá-lo, repartindo-o numa multiplicidade de representações. Falar é um modo de disseminar esse excesso. Porém, a exemplo da fala dirigida ao analista, é preciso que o discurso do sujeito seja remetido a um mais além, possibilitando sempre o surgimento de novas significações.

Se, por um lado, o diagnóstico médico da STPM institui um espaço de representação da condição enigmática feminina, sustentado essencialmente através da fala, da relação transferencial com o médico, por outro, limita a significação da função reprodutora ao plano orgânico, causando a fixação do excesso, ao invés de sua disseminação.

Da mesma forma, estar-se-ia limitando a significação da condição feminina, caso se pensasse no ciclo menstrual e na maternidade apenas sob o ponto de vista da reprodução humana.

Se a teoria psicanalítica aponta a maternidade como a via essencial para o acesso à posição feminina, é muito mais pela possibilidade de uma elaboração simbólica da falta que ela vem instituir, do que por sua significação biológica ou sócio-cultural.

A maternidade sendo aquilo que vem descompletar uma mulher no real, abre caminho para uma “normalidade psíquica”, pela possibilidade de significar seu desejo enquanto materno, assumindo uma posição como “sujeito”.

A não inscrição do desejo feminino, enquanto desejo materno, implica que o gozo do Outro não possa ser barrado e que a condição feminina seja vivida como “sem sentido”, pura dimensão de sacrifício que faz o Outro gozar - dimensão na qual a maternidade, assim como a menstruação, equivalem apenas a sangue derramado.

O tornar-se mulher, marcado pela chegada da menstruação, traz consigo, de modo indissociável, a função da maternidade como referência à condição feminina. Se, como observou Freud, o investimento libidinal da menina sobre seu próprio corpo, intensificado na puberdade, é constitutivo da posição feminina, então, pode-se pensar que toda significação possível à sexualidade feminina vem colocar-se a partir do momento em que a menstruação impõe à menina uma diferenciação de seu corpo, para além dos caracteres sexuais secundários, para além da imagem “desejada pelo homem”, centrada sobre a significação de suas funções sexuais.

O modo como a mulher aborda a questão de seu gozo, depende, em grande parte, do resultado dessa busca de uma significação simbólica para sua sexualidade, de identificações femininas positivas, da valorização de seu sexo a partir de outras pessoas - senão a mãe e o pai, outros que possam lhe servir de modelos, possibilitando uma definição de seu desejo enquanto feminino.

Ressalta-se, dessa forma, a importância da transmissão simbólica que, partindo dos pais, vai possibilitar ao sujeito relançar constantemente a questão de sua sexualidade. O excesso resultante da posição feminina - como não-toda submetida à castração -, deve encontrar nesse universo simbólico, os significantes que permitirão derivá-lo nas vias do desejo.

Assim como o Nome-do-Pai só pode se colocar mediante o desejo da mãe pelo pai, o desejo da mulher se constitui - a despeito dos desvios próprios ao desenvolvimento feminino - através dos significantes recebidos de sua própria mãe.

A falta de um investimento materno sobre o corpo sexuado da filha e sobre a própria função materna impossibilita a constituição de sua imagem narcísica corporal, assim como a identificação a uma figura materna, capaz de responder às funções biológicas desenvolvidas no interior de seu corpo.

Observa-se, muitas vezes, em pacientes que não aspiram, nem nunca imaginaram a possibilidade de se tornarem mães, ou que sequer chegaram a constituir um relacionamento conjugal, a manifestação dos mais graves sintomas depressivos no período pré-menstrual. Mergulhadas numa “completa falta de sentido”, numa “perda da vontade de viver”, numa “sensação de total abandono”, essas mulheres, que, muitas vezes, só desempenharam papéis estéreis em sua história familiar, não têm como criar saídas simbólicas ou formular desejos. O recurso ao falo aparece, nesses momentos, como a saída encontrada pela mulher, diante do real orgânico de seu útero e de sua impossibilidade de “criar”.

A escuta analítica das “cenar” relatadas pelas pacientes revela que suas atuações ou manifestações sintomáticas, durante o período pré-menstrual, reproduzem freqüentemente traços associados à imagem paterna, por meio dos quais as mulheres ostentam sua identificação fálica, numa posição de rivalidade com os homens.

Entra-se, aqui, num aspecto crucial da sintomatologia feminina, manifestada na STPM, que se expressa através de suas atuações descontroladas, incompreensíveis, aparentemente “fora de contexto”, revelando-se como a súbita emergência de uma “revolta feminina inconsciente”. O modo como as mulheres enfrentam seus maridos e os demais produz, mesmo, a impressão de se tratar de um “acerto de contas”.

Na história dessas pacientes, encontra-se sempre outras histórias que se misturam e se atualizam, como antigas “pendências” - mensagens enigmáticas transmitidas por gerações, sob a forma de um excesso sem resolução.

Assim como do Outro partem os significantes que invadem o corpo da criança, tornando-o erógeno, também do Outro parte esse enigma, sob a forma de um gozo em excesso, do qual o corpo feminino torna-se o lugar, por excelência, de sua manifestação.

A mulher é portadora desse enigma que persiste, como um resto que ultrapassa as possibilidades de elaboração pela sexualidade e ao qual ela buscará responder segundo as significações apreendidas em sua história familiar. É nesse contexto que as inúmeras apreensões possíveis sobre o gozo materno – como, atitudes masoquistas ou dominadoras,

constantes distúrbios físicos e psíquicos, sofrimentos intermináveis que justificam várias formas de subversão ou, simplesmente, de ausência - vão se associar ao fracasso da relação parental ou, ainda, à falha paterna em responder ao enigma do desejo da mãe, cuja demanda recai, então, sobre a menina.

Os casos aqui relatados demonstram que essa estagnação do desejo, que leva ao surgimento da STPM, reproduz o enigma do desejo materno, diante do qual a mulher se vê ainda fixada.

Interpelar a figura masculina é questionar essa falha do pai, do Nome-do-Pai, na tentativa de significar, mais que a própria feminilidade, esse excesso vindo do Outro, que ela própria não pode barrar.

É nesses momentos que a mulher mais interpela o homem, desafia-o, provoca-o até as últimas conseqüências, clamando por um pai. Um pai que possa fecundar, não exatamente o óvulo que ela traz em seu útero, embora isso também possa ser verdadeiro, mas um pai possa nomeá-la, barrar o gozo mortífero para o qual ela se precipita.

É essa dimensão do ódio, como frustração à demanda de reconhecimento do sujeito, dirigida à outrem, que vai articular-se no discurso de cada mulher, de acordo com sua história pessoal, na qual a identificação fálica aparece, às vezes, como uma defesa cristalizada.

A atuação fálica das mulheres, durante as crises de STPM, encena sua identificação a um falo destruidor, representado segundo a maneira como elas o apreendem, com um ódio louco e destruidor, que ultrapassa os limites da lei, da quebra de todos os laços simbólicos.

Vê-se que, nessas atuações, a mulher ultrapassa sua posição inicial de rivalidade com o sexo oposto para assumir não mais a “igualdade” em relação ao homem, mas em relação ao próprio falo.

Esse fato obriga a interrogar o sentido da STPM também em relação à contemporaneidade. A equiparação entre os sexos que marca a sociedade moderna, certamente, produz seus efeitos sobre a mulher. A recusa da feminilidade, estando associada à elaboração primitiva da sexualidade, ao recalque fundamental presente nos sujeitos e, conseqüentemente, na própria organização social, encontra nessa “igualdade” entre os sexos seu fortalecimento.

Diante das novas identificações e das demandas sociais, às quais ambos os sexos estão igualmente submetidos, o surgimento da STPM vem, justamente, denunciar a diferença sexual, a urgência de um limite que, não existindo mais no exterior, é produzido pelo próprio corpo da mulher.

A STPM vem introduzir essa diferença em três importantes segmentos do mundo moderno: no mercado de trabalho, na ciência médica e nas leis que regulamentam a sociedade.

Do ponto de vista do mercado de trabalho, a STPM figura como um fator extremamente desfavorável à mulher, por gerar modificações negativas em seu comportamento, prejudicando seu desempenho e causando prejuízos econômicos, que são contabilizados e demonstrados em inúmeros estudos científicos sobre a síndrome. Deles extrai-se a mensagem subliminar, de que a mulher não consegue ter, em suas funções, um desempenho equivalente ao do homem, falhando em corresponder à tal expectativa, justamente por estar sujeita aos “efeitos nocivos” da própria feminilidade.

Este “potencial mal aproveitado” é apontado não somente em relação à produção no trabalho, mas também quanto a produção do próprio sangue, “o qual é desperdiçado na menstruação, quando poderia ser doado aos bancos de sangue e destinados a uma utilização mais racional e proveitosa, socialmente” (COUTINHO, 1996, p.18). Ou seja, há uma demanda pela equiparação feminina ao homem, não somente por parte das mulheres, mas que parte do próprio campo social, incidindo diretamente sobre o corpo feminino.

Tal demanda social, apoiada nos diagnósticos médicos, determina, por sua vez, a instituição de leis que regulamentam não a feminilidade, mas seus “efeitos”, os quais, finalmente, não podem ser ignorados. E embora a STPM marque uma diferença no plano sexual, esta é reconhecida no plano patológico, como uma insanidade temporária que, mesmo causando danos pessoais e sociais, deve ser considerada como uma condição à parte. Condição esta que já pode ser considerada como um atenuante para os crimes e infrações cometidos por suas vítimas, desde que mediante diagnósticos médicos que atestem sua incapacidade de responder por seus atos. Assim, a STPM é instituída como uma condição na qual “a mulher pode tudo”.

O grande número de internações de urgência durante o período pré-menstrual demonstra que, para muitas mulheres, somente os limites físicos dos hospitais podem cumprir esta função de barreira contra o gozo, de proteção, parecendo ser esse um dos sentidos dessas recorrentes internações.

...a manifestação psíquica aguda toma outra dimensão por não se limitar a um membro doente, mas afetar os familiares do paciente em seu conjunto. O médico se vê forçado a agir rapidamente, sem poder evitar uma conduta que, ao longo de inúmeras repetições, contribuem para o estabelecimento de uma condição crônica. O hospital ou serviço de urgência, neste caso, é transformado em lugar onde irá se colocar a repetição(...) Estamos diante de uma tendência marcando a evolução social, mais do que uma modificação semiológica. E, no entanto, a repetição poderia fazer o papel de signo, e até de sintoma.

Assim como o psicopata, a histérica, destinada ao desaparecimento, volta pela janela quando expulsa pela porta, pelo menos na linguagem cotidiana. Objeto de mitificação que perdura, atravessando a história para ser relegada ao campo da depressão, de onde só a passagem ao ato pode tirá-la.(CAROLI, F., 1989, p.52-7)

Poder-se-ia pensar que, nesses casos, o desafio lançado pela mulher durante as crises da tensão pré-menstrual teria como fim não mais a nomeação de sua feminilidade, provada tantas vezes como impossível, mas que o outro, forçado pela gravidade da situação, imponha limites a sua atuação perigosa, protegendo-a assim de seus próprios atos destrutivos, como prova da existência de uma lei que se coloca também para ela.

Na ausência de uma intervenção tranquilizadora do outro, será, finalmente, a menstruação que irá pôr fim ao estado de “loucura” dessas mulheres. Após a alienação no falo, o sangue vem representar o corte que traz um alívio momentâneo, uma referência ao próprio corpo, às dores e perdas inerentes a seu sexo.

Uma mulher, como ser falante, está separada da feminilidade que encarna. A cisão que experimenta impõe a ela uma escolha entre sua identidade e seu gozo. Nesse “vel”, a primeira não qualifica a feminilidade que, nesse aspecto, está sob a mesma égide que a de um homem. O segundo supõe a perda, ao menos momentânea, da primeira. Se busca o gozo que lhe é próprio, perde sua identidade e seu nome. Se escolhe apenas o traço que a distingue, abomina a perda onde iria gozar. (POMIER, 1987, p.35)

A oscilação sintomática, vivida pelas mulheres através do ciclo menstrual, reproduz-se em torno desta cisão fundamental, à maneira da oscilação histérica, em seu aspecto de máscara ou refúgio ante o gozo ameaçador, anunciado pela emergência do real do corpo.

O corpo das mulheres, durante a tensão pré-menstrual, poderia ser concebido como o corpo descrito por Nasio, cujo sexo é marcado como um buraco. Um imenso buraco sem representação, diante do qual elas “fantasiam-se” de falo para não desaparecerem.

Se a função da máscara na histeria é esconder o vazio deixado pela falta de simbolização do sexo feminino; buraco de onde se origina toda a angústia histérica, frente ao real do corpo dessexualizado, talvez a menstruação seja aquilo que, vindo “rasgar esse corpo” e expondo seu sangramento, possa submeter o vazio a uma elaboração simbólica.

O tornar-se feminina de uma mulher comporta necessariamente o reconhecimento, não sem dor, de que seu sexo permanece um enigma, mas não é o falo, nem a ausência dele. (NASIO, 1991, p.125)

Neste sentido, a menstruação pode inscrever a mulher, por meio do fato biológico, num ciclo de criação no qual sua condição feminina chega a assumir um sentido; um ciclo no qual desejo, criação e renúncia se repetem simbolicamente através de um sucessivo “dar à luz”.

Nasio comenta: “Há três estados em que o histérico se acalma e se concede uma trégua: quando está amando, quando está triste e, em se tratando de uma mulher, quando está grávida”. (NASIO, 1991, p.113)

Poder-se-ia dizer que a condição feminina é marcada por esses três estados, tão presentes nas mulheres e que refletem justamente a passagem contínua de um a outro, sem jamais fixar um sentido, mas remetendo incessantemente a desejar, criar e perder.

Isso vem lembrar, que, embora a maternidade possa ser vivida como um processo sublimatório para muitas mulheres, uma vez que coloca a exigência da renúncia à criança como objeto de gozo materno, do sacrifício imposto pelo interdito da cultura através da proibição do incesto, do seu assujeitamento à lei dos homens, não se pode dizer que basta ser mãe para encerrar a questão.

O fato da STPM surgir num momento de estagnação do desejo demonstra que, para a mulher, não pode haver uma resposta final para o enigma de seu sexo e que a maternidade não implica numa simbolização definitiva para a posição feminina, mas que talvez se deva considerá-la um início.

Se a maternidade fracassa em significar a feminilidade, ressaltando o vazio deixado pela perda do objeto-filho, é justamente essa constatação que poderá levar a mulher a simbolizar o vazio como lugar de criação significativa, abrindo as portas à sublimação.

Esta parece ser a angústia fundamental, mobilizada pela STPM: a angústia feminina de ser penetrada por um enigma, que impõe a criação de seus próprios significantes. Uma angústia que é a própria expressão do significante enigmático que se repete, impondo a criação de novas e sucessivas significações.

Quanto aos mecanismos psíquicos presentes na STPM, é lícito considerá-los não a partir de uma determinada condição estrutural, mas a partir da própria condição feminina, como um modo de defesa que opera por intermédio de uma oscilação sintomática, à maneira da histeria.

A intensificação narcísica, também identificada na tensão vivida pelas mulheres e na agressividade por elas manifestada, aparece mesclada aos mecanismos histéricos, dificilmente podendo ser dissociados, durante sua atuação. Vale dizer que, enquanto o discurso estabelece uma relação marcadamente histórica, a tensão e a atuação agressiva estariam associadas ao redobramento narcísico.

Freud destaca o fato de que em todas as neuroses ocorrem sensações somáticas, comparáveis à hipocondria. Segundo Freud, essa mescla de hipocondria pode ser observada, especialmente, na neurose de angústia com sua superestrutura de histeria, pois as neuroses atuais operam, em sua relação com a histeria e a neurose obsessiva, um estancamento da libido objetal. O mecanismo da aquisição da enfermidade e da produção de sintomas nas neuroses de transferência, enlaçando-se a um estancamento da libido objetal, promove um redobramento narcísico, que susta o movimento de desejo.

Essas observações possibilitam considerar o mecanismo da STPM, também, estruturado sobre ambas as formas de investimento libidinal: objetal e narcísico - dependendo da evolução da relação objetal, o desenvolvimento da relação narcísica.

Pode-se refletir melhor sobre essas hipóteses por intermédio de um caso clínico, o qual julgou-se oportuno introduzir, pelas palavras de Nasio:

A psicanálise e a histeria continuam tão indissociáveis que a terapêutica analítica é regida por um princípio fundamental: para tratar e curar a histeria, é preciso criar artificialmente outra histeria. Decididamente, o tratamento psicanalítico de qualquer neurose não é outra coisa senão a instauração artificial de uma neurose histérica e sua resolução final. Quando, ao término da análise, essa nova neurose artificial, integralmente criada entre o paciente e o seu psicanalista, é superada, conseguimos resolver igualmente a neurose inicial que motivou a análise. (NASIO, 1991, p.9)

Caso Clínico M.G.

“Maria da Graça” – 38 anos – sintomas depressivos e explosões de agressividade incontrolada, durante o período pré-menstrual. Idéias obsessivas de morte.

“Eu vim lhe procurar, mas com muita resistência. Confesso que é muito difícil para mim, admitir que preciso de ajuda profissional. Eu sempre tive absoluto domínio nas situações difíceis, mas, agora, acho que estou perdendo o controle. Tenho uma vida muito ativa, trabalho muito, nem paro muito pra pensar em coisas tristes... Agora, por qualquer coisinha, eu choro; às vezes, sem motivo, de repente! Eu não entendia essa tristeza, no começo. Só tinha vontade de ficar sozinha e chorar, chorar... Depois, comecei a ter umas crises nervosas e isso me deixou muito assustada, porque não costumo ser agressiva, na minha família nunca houve violência, não sei de onde vem esse comportamento.

Então percebi que, quando eu menstruava, eu me acalmava imediatamente. Parecia que toda aquela raiva ia embora, como por milagre! Aí, eu entendi o que é tensão pré-menstrual. Eu achava que era uma coisa banal, mas é incrível o que faz com a gente. Fui ao médico e ele me explicou que isso é comum, me receitou um tranquilizante, mas recomendou que eu procurasse uma ajuda terapêutica. Eu só vim, porque acho insuportável viver desse jeito. Mesmo sabendo que tem uma causa orgânica, eu me recrimino muito quando me descontrolo. Acho inadmissível fazer cenas desse tipo: eu grito, ofendo meu

marido, saio de casa feito louca, dirigindo a esmo. Depois que tomo consciência do que fiz, me envergonho e me deprimos. E se não bastasse chorar e agir feito louca, agora eu fico pensando que vou morrer, que alguém da minha família vai morrer, que uma tragédia vai acontecer.”

M.G. descrevia uma vida tranquila, sem problemas, sem falhas, na qual tudo funcionava como o esperado, do modo e no momento certo. Sem problemas familiares, econômicos ou de outra ordem, nenhuma perturbação da saúde e um ciclo menstrual absolutamente normal e regular.

O relato de um relacionamento conjugal harmonioso e excitante, com muito lazer e pouquíssima rotina, fazia pensar numa vida sem faltas: “Tenho tudo o que sempre sonhei!” A harmonia perfeita do casal parecia-lhe justificar a ausência de filhos que, segundo ela, não lhe faziam falta. “Não imagino uma criança entre nós, tenho horror só de pensar em crianças correndo pela casa, tirando tudo do lugar, fazendo sujeira. Não posso ver nada desarrumado. Se meu marido deixa alguma coisa fora do lugar, eu arrumo, na mesma hora. Mas isso não me aborrece, pelo contrário. Eu procuro fazer tudo pra que ele se sinta feliz.”

A vida de M.G. repetia, em parte, a que ela vivera junto de sua família. Esta também, aparentemente sem falhas, era marcada pela figura de um pai que proporcionava a estabilidade econômica, enquanto a mãe zelava para que a casa e os filhos estivessem sempre bem. Em sua lembrança, tudo transcorria naturalmente, com muita organização, a casa arrumada, a mãe bem vestida, o pai no trabalho e os filhos brincando, estudando, mas tudo dentro de uma certa ordem. Era uma casa onde não havia excessos. Nem faltas.

Suas lembranças são repletas desse brilho especial, conferido pela organização e a harmonia familiar. Entre elas, destacam-se as recordações das brincadeiras com o irmão mais velho, ao qual sempre foi muito ligada. Ela se recorda que também gostava de brincar sozinha, na despensa da casa, que a mãe mantinha abastecida e arrumada sempre do mesmo modo – “a mesma disposição dos objetos nas prateleiras, como se, ali, nunca algo fosse retirado ou acrescentado”.

Percebe que isso lhe transmitia uma agradável sensação de estabilidade e segurança, e se dá conta de como a imagem da mãe estava presente em tudo. As gavetas, sempre com a mesma quantidade de roupas, as velhas sendo substituídas pelas novas, sem que ela notasse. Nada no seu quarto ou no seu mundo parecia fora do lugar.

Naturalmente, em seu corpo, tudo também se submetia à mesma ordem e, com a chegada da puberdade, sua menstruação tornou-se mais um objeto dos cuidados maternos. A regularidade do fluxo e a higiene corporal eram vigiados sistematicamente pela mãe, que controlava suas datas e observava a ausência dos absorventes íntimos no lixo do banheiro, questionando-a sobre um eventual atraso.

Quando iniciou seu primeiro namoro, a preocupação materna intensificou-se, e a menstruação tornou-se objeto de um jogo sádico inconsciente entre a adolescente e a mãe. Os atrasos menstruais, naturais nesta época do desenvolvimento, tornaram-se maiores e mais freqüentes, despertando a inquietação da mãe e fantasias de gravidez em M.G..

A preocupação da mãe em relação à sua sexualidade era compreendida como o temor por uma gravidez precoce, coisa que havia acontecido na família, quando o irmão foi obrigado a um casamento precipitado. Esse fato, que veio desestabilizar a tão perfeita ordem familiar, surtiu efeitos também sobre ela.

Foi um momento difícil de sua vida, marcado pelo ciúme e pela decepção com o irmão e, ao mesmo tempo, por uma preocupação doentia em relação ao mesmo, que se expressava como um temor de que algo de mal pudesse lhe acontecer. Só conseguia dormir depois de certificar-se de que o irmão estava em casa, em segurança, e fazia questão de trancar ela mesma as portas da casa, repetindo este gesto várias vezes, como que motivada pelo esquecimento de que já o fizera. Após o casamento do irmão, ficou triste por algum tempo, sentindo sua falta, mas subitamente seu estado de ânimo mudou, ela encontrou um namorado e esqueceu-se das portas e das preocupações.

Esse passo dado por M.G. em direção a sua vida sexual, após a penosa elaboração da separação com o irmão, e que poderia significar um abandono dos laços infantis, em direção à maturidade, não pode, entretanto, ser vivido sem despertar a angústia

da mãe, cujo controle sobre a sexualidade da filha, operando-se através das regras, aos moldes de um controle esfínteriano, confere a estas o valor de objeto de gozo materno. O olhar da mãe, incidindo sobre as regras e não sobre o corpo sexuado da filha, faz com que elas sejam tomadas como meros restos fisiológicos, dejetos, excesso a ser eliminado de um corpo no qual nenhuma desordem podia ocorrer. A demanda materna sobre a menstruação, veio instalar um jogo onde a recusa da filha em menstruar, visando frustrar a mãe e ostentar a maturidade de seu corpo, terminava sempre com a entrega de um “sangue/excremento”, não reconhecido no plano da sexualidade genital.

Toda essa proximidade da relação com a mãe desenrola-se sem a atenção do pai, que, segundo seu relato, não interferia na educação dos filhos. Apesar disso, M.G. percebia que a mãe não deixava que ele ouvisse as suas conversas e evitava que ele percebesse suas preocupações com ela.

Com o passar do tempo, suas funções menstruais regularizaram-se, ela iniciou sua vida sexual e passou a não se importar mais com a vigilância da mãe. Esta lhe permitia levar seus namorados à sua casa e os tratava como filhos. Conseqüentemente, seus namoros terminavam, porque ela acabava desinteressando-se, ficando amiga demais dos rapazes. Até que um dia teve uma aventura passageira com um rapaz, do qual engravidou. Dessa experiência resultou um aborto, acompanhado pela mãe, e sobre o qual jamais voltaram a falar. Depois desse episódio, tudo continuou como de costume. O pai, como sempre, de nada ficou sabendo.

Embora o pai fosse representado como uma figura “ausente”, M.G. não falava dele com sentimentos negativos, pelo contrário - falava de um homem ativo, trabalhador, importante, que ganhava muito dinheiro e que ela admirava —, era assim que lhe parecia que um pai devia ser.

A escolha do marido também foi marcada pela mesma admiração: era também um homem bem-sucedido, muito sedutor e, o mais importante para ela, não se tornara íntimo da mãe. Ou seja, este não tinha se tornado mais um irmão.

A história de M.G. que, segundo ela, transcorreu perfeitamente bem, durante alguns anos, começou a se modificar, de um modo súbito. Primeiro, vieram as crises de choro, que ela não sabia explicar, depois o nervosismo e as explosões da TPM e, finalmente, o medo da morte, que a fez procurar análise.

Aos poucos, a situação com o marido não se mantém mais tão boa, quanto ela descrevia no início. Ela começou a perceber uma série de coisas que a incomodavam, mas que procurava não enxergar, como o fato de “não ter o dom” para certas tarefas do lar, das quais ela não podia fugir e que a deixavam embaraçada, sentindo-se incompetente e, até, humilhada diante das outras pessoas. Deu-se conta de que, nessas ocasiões, tinha medo de desagradar ao marido e provocar-lhe uma reação violenta, mas não sabia de onde vinha esse medo, pois ele não costumava ser violento; pelo contrário, “era bom demais”.

O aparecimento do pranto e da tensão pré-menstrual revela-se associado a esse temor em relação ao marido, e todos os seus pedidos ou convites passam a ser percebidos como imposições, sendo o suficiente para que ela se tornasse muito agressiva, caso estivesse na fase pré-menstrual, quando era tomada pelo pensamento obsessivo de que “ele só queria se divertir”.

M.G. atravessa uma fase de somatização, com alguns sintomas ginecológicos que atrapalhavam sua vida sexual e atrasos menstruais que passaram a ser objeto de uma intensa observação, mobilizando fantasias sobre um possível mal uterino, e que culminam com a descoberta de sua gravidez.

O medo de ser abandonada pelo marido transforma-se numa certeza apavorante, quando M.G. se descobre grávida. Ela entra num processo depressivo, no qual pressente “que o mundo vai acabar”. O marido recebe mal a notícia da gravidez, e esse fato faz, finalmente, aparecer a falha que, com tanto empenho, havia sido encoberta. Era isso que ameaçava seu mundo: o risco de expor sua sexualidade, desejando, mais do que mimos, o reconhecimento de sua feminilidade, por um homem capaz de colocar-se entre ela e a mãe.

A partir dessa falta aberta pelo desagrado do marido, M.G. pode reencontrar a imagem de um pai triste e solitário, que tornara-se o centro de suas atenções desde muito cedo. A lembrança do pai, sempre trabalhando, deu lugar a outras lembranças, como o fato de que ela sempre procurara atrair sua atenção, tentando, insistentemente, animá-lo. Essa

percepção infantil tão aguçada e posteriormente esquecida, sobre o distanciamento e a tristeza do pai, qualificou-a desde cedo como “a companheira ideal” - uma função que atendia também ao desejo da mãe, garantindo a ordem e a harmonia familiar. Neste lugar, porém, ela só podia estar enquanto menina. Uma menina num mundo sem faltas.

Percebe que sempre se relacionou com os homens, colocando-se neste lugar de companheira perfeita, fazendo tudo para agradá-los, porque precisava ser vista como a mulher ideal. Esses homens, mesmo depois de terminados os relacionamentos, continuavam demonstrando gostar dela e prontos para estarem a seu lado se ela assim o quisesse.

Essa visão de si mesma é acompanhada pela constatação: “eu sou o paraíso dos homens”, através da qual ela se vê desempenhando o papel de mulher ideal, através dessas relações dessexualizadas.

Refugiada num casamento perfeito, reproduzindo a perfeição da vida familiar, sem precisar sofrer nenhuma perda, sem que nada se acrescentasse ou viesse alterar a ordem das coisas, M.G. assegurava-se de que no interior de seu corpo tudo continuava igual - como a despensa da mãe, onde nada parecia ter sido retirado ou acrescentado. Se a vida sexual com o marido não lhe causava danos, também não lhe trazia crianças - nenhuma prova de que realmente existia.

Dessa imagem perfeitamente estável, mediante a qual nenhuma angústia em relação à castração parecia poder se colocar, surge, entretanto, o imenso temor de ser usada sexualmente pelos homens, o qual, inevitavelmente, teria que ser vivido na relação conjugal. O temor da morte vai se ligar à fantasia de ser morta por esses homens, dos quais ela se defendeu, durante toda sua vida amorosa, dessexualizando suas relações. Esses homens que “só queriam se divertir às suas custas”, sem jamais desejarem constituir com ela uma família, nem reconhecer-lhe um lugar simbólico como mulher.

Pode-se reconhecer, nesta evolução clínica, uma desmontagem da fantasia obsessiva, surgindo sob ela a fantasia histórica:

Nasio descreve a fantasia obsessiva como o momento em que a criança, tomada de desejo pela mãe, ouve a voz imperiosa do pai, a qual vai converter a angústia de castração em desarranjo do pensamento na obsessão.

A intervenção da voz de “um pai bravo” pode ser compreendida como um recurso criado pela criança, diante de um pai que não se manifesta, deixando a criança entregue ao gozo com a mãe. Um gozo, já não totalmente passivo, como experimentado originariamente, mas sobre o qual ela assumiu um certo controle. É aí que a criança obsessiva consegue se deter: paralisada diante da voz de um pai que ameaça castrá-la.

Nas pacientes obsessivas, nota-se que a enorme necessidade de manterem tudo dentro dos seus domínios, em ordem, “sem que nada apareça fora do lugar”, é uma forma de cultivarem a imagem de seu corpo intacto, evitando a demonstração de qualquer falha ou excesso que desperte a voz castradora do outro. Porém, no caminho de uma mulher, em direção à sexualidade madura, essa voz do pai passa a ser questionada, pois, torna-se fundamental a questão de seu desejo, a qual passa a ser colocada na relação com outro homem.

No caso de M.G., a idéia de que por trás da relação amorosa há uma relação de gozo do marido, que a toma por objeto, impondo-lhe seus caprichos, aparece associada à fantasia de ser usada sexualmente pelos homens, que contrapõe-se às relações dessexualizadas, nas quais ela vive seu desejo incestuoso pelo irmão. Ou seja, a relação com os homens, naquilo que ela a intima a assumir sua posição como mulher, vai colocar-se, segundo a fantasia histérica, onde o outro sedutor é amado, enquanto dessexualizado, e temido ou odiado, como um outro dominador, que a toma por objeto. Ser “tomada” pelo homem, na fantasia feminina, significa ser tomada da mãe, e costuma ser representada como um misto de desejo e temor.

Para afastar a ameaça de um gozo temido, o histérico inventa um cenário de insatisfação, para provar a si mesmo que só existe gozo insatisfeito. O histérico mantém seu descontentamento criando um monstro (Outro), ora forte e supremo, ora fraco e doente, sempre desproporcional e decepcionante em relação às suas expectativas. Ele procura encontrar os pontos em que seu semelhante é forte e abusa dessa força para humilhá-lo, e os pontos em que seu semelhante é fraco e impotente e, por essa impotência, suscita compaixão. (NASIO, 1991, p.17)

M.G. percebe o que verdadeiramente motivou sua escolha por esse marido e toda a repetição que orientava sua vida e, ainda, que sempre condicionara o seu desejo de ser mãe, ao reconhecimento de um homem, que lhe permitisse assumir essa posição como mulher.

O desenrolar de sua gestação foi acompanhado de dolorosas transformações que, tendo se iniciado no interior de seu corpo, refletiram-se sobre todo o seu mundo. A maternidade possibilitou a M.G. realizar uma experiência de castração, não sem angústia, porém já não mais no lugar de “objeto ideal” no qual se colocara e sim no de uma mulher adulta, marcada pela sexualidade, após o que, a tensão pré-menstrual não mais retornou.

No lugar da demonstração de um corpo sem falta, surgiu um corpo, que embora se mantivesse sempre “em ordem”, como de costume, já não podia mais ocultar-se, como antes: “Notei que eu não olho mais nos olhos dos homens como antes; tenho que desviar o olhar; é como se eles me vissem demais – acho que perdi minha capa de Mulher-Maravilha.”

É como se a maternidade fosse, a sua maneira, uma variação possível da travessia da prova da castração, na qual o útero deixasse de ser um falo ameaçado e à deriva para dar lugar a essa outra imagem do falo que é o filho por nascer. (NASIO, 1991, p.129)



7. SUMMARY

The interest for this research is guided on the questions appeared in the psychoanalytic clinic, starting from the attendance of Premenstrual Tension Syndrome (PMTS) patients victims and their symptomatic manifestations, not only physics, but predominantly psychic.

Although it is considered by the medicine as a resulting disease of the organic and hormonal alterations associated to the feminine reproducer cycle, the psychoanalytic analysis reveals the existence of particularly intimate and complex relationships between the menstruation and the psychic elaboration of the feminine position, as well as an evident association of the symptoms told by patients with PMTS and the personal conflicts lived by them, related their own sexuality.

With the objective of to investigate the relationships between the psychic experience of the corporal processes associated to the menstrual cycle and the subjective elaboration of the feminine position, a psychoanalytic analysis of the premenstrual symptoms was developed, starting from medical definitions and cultural significances about the feminine sexuality.

The revision of the medical literature on PMTS revealed that the symptomatic manifestations emerge such as enigma under several aspects, always appearing associated to factors of emotional order.

Through the analysis of the feminine significances relating to myth, to religion and science, the symbolic support function of the menstruation was revealed in relation to the cultural representation of the feminine sexuality, whose different approaches, through the time, appear as effect of successive significant articulations.

So much the cultural conceptions, as the patients' speeches of their symptoms, reveal a perception of the femininity such as enigma, whose unconscious manifestation appears associated to the feminine reproducer cycle.

This enigmatic condition was interpreted inside of the psychoanalytic theory, as a result of the impossibility of feminine body symbolization, due to an absence of the significant of the femininity, that forces the woman to search for a possible symbolization, through maternity.

Nevertheless, this symbolic resolution by maternity, just makes possible a partial elaboration of the feminine castration, whose access depends of the particular conditions of body symbolization for each woman.

So, it was reached the conclusion that the symptoms of PMTS appear as a psychic exacerbation, unchained by the organic existence of corporal processes related to procreation, due to the difficulty of symbolization of feminine sexuality, through maternity.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADER, D.N.; SHRIVER, C.D.; BROWNE, M.W. – Cyclical mastalgia: premenstrual syndrome or recurrent pain disorder? – **J Psychosom Obstet Gynaecol**, **20** (4): 198-202, 1999
- ALMEIDA, A.M.M. – Transtorno disfórico pré-menstrual: entidade distinta ou comorbidade? - **Rev Psiqu Clín**, **23**:59-68, 1996
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3. ed. Ver) Washington, DC., 1987
- ANDERSCH, B.; WENDESTAM, C.; HAHN, L.; OHMAN, R. – Premenstrual complaints: 1. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population – **J Psychosom Obstet Gynaecol**, **5**:39-46, 1986
- ANDRÉ, J.- **As Origens Femininas da Sexualidade**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996, p.115
- ANDRÉ, S.- **O Que Quer Uma Mulher?**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987, p16, 282
- ANSON, O. – Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences – **Soc Sci Med**, **49** (1): 67-80, 1999
- BÄCKSTRÖM, C.T. – Neuroendocrinology of premenstrual syndrome – **Clin Obstet Gynecol**, **35**:612-28, 1992
- BÄCKSTRÖM, C.T.; BOYLE, L.T.; BAIARD, D.T. – Persistence of symptoms of premenstrual tension in hysterectomized women – **Br J Obstet Gynaecol**, **88**:530-6, 1981
- BAILEY, J.W. & COHEN, L.S. – Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome – **J Womens Health Gend Based Med**, **8** (9): 1181-4, 1999

- BAMBERGER, J. – O mito do Matriarcado – **A mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade**, 2ª ed - Coleção Sociologia Brasileira, vol. 4, Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1979, p.239-40
- BASOGLU, C.; CETIN, M.; SEMIZ, U.B.; AGARGUN, M.Y.; EBRINC, S. – Premenstrual exacerbation and suicidal behavior in patients with panic disorder – **Compr Psychiatry**, **41** (2): 103-5, 2000
- BÍBLIA . A.T. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução: Almeida, J.F., Rio de Janeiro, Sociedade Bíblica do Brasil, 1968, p.9, 122-6
- BOGESS, K.A.; WILLIAMSON, H.O.; HOMM, R.J. – Influência do ciclo menstrual sobre doenças sistêmicas – **Clín Ginecol Obstét Am Norte**, **2**:319-38, 1990.
- BOONS, M.C.- **Mulheres/Homens – Ensaio Psicanalítico sobre a Diferença Sexual**, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992, p.36, 69
- BUDOFF, P.W. – The use of Prostaglandin Inhibitor in the treatment of PMS – **J Repr Med**, **28**:461-77, 1983
- CAMARGO, D. A. – **Incidência de sintomas de tensão pré-menstrual em uma amostra de mulheres brasileiras** – Campinas, 1990 [Tese – Mestrado – PUCCAMP]
- CAMPBELL, J. / MOYERS, B. – **O Poder do Mito** – São Paulo, Ed. Palas Athenas, 1990 – p.177-82
- CAROLI, F. – Repetição e Urgência Psiquiátrica - **A Querela dos Diagnósticos** – Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor Ltda, 1989, p.52-7
- CASSORLA, R.M.S. – **Jovens que tentam suicídio** - Campinas, 1981 [Tese - Doutorado – FCM / UNICAMP]
- CHIHAI, H.J. – Síndrome pré-menstrual: Atualização para o clínico – **Clín Obstét Ginecol Am Norte** – **2**:445-66, 1990

- CISZEK-DONIEC, V.; POREBA, R.; ZOGALA, K.; OLSZOWKA, P. – The premenstrual syndrome frequency and intensity of its symptoms in young women and teenagers living in the Upper Silesian Industrial region – **Ginekol Pol**, **70** (5): 396-400, 1999
- CLARE, A.W. – Premenstrual syndrome: single or multiple causes? – **Can J Psychiatry**, **30**: 474-82, 1985
- COULSON, C.J. - Premenstrual syndrome-are gonadotropins the cause of this condition? - **Med Hypot**, **19**:243-55, 1986
- COUTINHO, E. – **Menstruação, A Sangria Inútil: uma análise da contribuição da menstruação para as dores e os sofrimentos da mulher** – São Paulo, Ed. Gente, 1996 – p.11, 19, 22, 30, 44
- CULAV-SUMIC, J.; SKOCILIC, Z.; JUKIC, V. – Sertraline in the treatment of premenstrual dysphoric disorder – **Lijec Vjesn**, **121** (7-8): 234-8, 1999
- CUMMING, D.C.; CUMMING, C.E.; KRAUSHER, R.J.; FOX, E.E. – Towards a definition of PMS. II: A factor analytic evaluation of premenstrual change in women with symptomatic premenstrual change – **J Psychosom Res**, **35**:713-20, 1991
- DALTON, K. – **A Síndrome Pré-Menstrual e a Terapia por Progesterona** – São Paulo, Ed. Manole, 1979 – p. 19-20, 61
- DAUGHERTY, J.E. – Treatment strategies for premenstrual syndrome – **Am Fam Physician**, **58** (1): 183-92, 1998
- De SOUZA, M.C.; WALKER, A.F.; ROBINSON, P.A.; BOLLAND, K. – A synergistic effect of a daily supplement – **J Womens Health Gend Based Med**, **9** (2): 131-9, 2000
- DEUTSCH, H. - **The Psychology of Women – A Psychoanalytic Interpretation** – New York, Grune & Stratton, 1944, p.144, 149, 174, vol. I

- DIEGOLI, M.S.C.; FONSECA, A. M.; DIEGOLI, C.A.; HALBE, H.W.; BAGNOLLI, V.R.; PINOTTI, J.A. – Síndrome pré-menstrual: estudo da incidência e variações sintomatológicas – **Rev Ginecol Obstet**, 5:238-42, 1994
- ELIASSON, O.; DENSMORE, M.J.; DEGRAFF, A.C. – Morbidity in asthma in relation to the menstrual cycle – **J Allergy Clin Immunol**, 77:87-91, 1986
- ERIKSSON, E. – Serotonin reuptake inhibitors for the treatment of premenstrua dysphoria – **Int Clin Psychopharmacol**, 2:s27-33, 1999
- FERRIANI, R.A.; PHILBERT, P.M.P.; DUARTE, G. – Síndrome pré-menstrual – **Rev Med Hosp Clín Fac Med Ribeirão Preto – USP**, 17:97-9, 1984
- FREEMAN, E.W. – Can antidepressants be used to tame psychological symptoms of PMS? – **Medscape Womens Health**, 1 (10): 8, 1996
- FREEMAN, E.W. & RICKELS, K. – Characteristics of placebo responses in medical treatment of premenstrual syndrome – **Am J Psychiatry**, 156 19:1403-8, 1999
- FREEMAN, E.W; RICKELS, K.; SONDHEIMER, S.J.; POLANSKY, M. – Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome / premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial – **Arch Gen Psychiatry**, 56 (10): 932-9, 1999
- FREUD, S. - Adición Metapsicológica a la Teoría de los Sueños, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p. 2084, tomo II
- FREUD, S.- Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Sexual Anatómica, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p. 2899, tomo III
- FREUD, S.-, Analisis Terminable E Interminable, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p.3363, tomo III
- FREUD, S.- El Tabu de la Virgindad, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p.2444, tomo III

- FREUD, S.- Fantasías Históricas y su Relación com la Bisexualidad, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, 1973, p.1351, tomo II
- FREUD, S.- Introduccion al Narcisismo, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p. 2023-4, tomo II
- FREUD, S.- La Moral Sexual “Cultural” y la Nerviosidad Moderna, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p.1252-54, tomo II
- FREUD, S.- Sobre la Sexualidad Femenina, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p.3081, tomo III
- FREUD, S.- Totem y Tabu, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, p. 1803, tomo II
- FRIEDMANN, M.D. & JAFFE, A. – Influence of life-style on the premenstrual syndrome – analysis of a questionnaire survey – **J Reprod Med**, 30:715-9, 1985
- GAY, P. – **Freud: Uma vida para o nosso tempo** – São Paulo, Companhia das Letras, 1989 – p.77
- GIBBS, C.J.; COUNTS, I.I.; LOCK, R.; FINNEGAN, R.J.; WHITE, R.J. – Premenstrual exacerbation of asthma – **Thorax**, 39:833-8, 1984
- GIRDLER, S.S.; PEDERSEN, C.A.; STRANEVA, P.A.; LESERMAN, J.; STANWYCK, C.L.; BENJAMIN, S.; LIGHT, K.C. – Dysregulation of cardiovascular and neuroendocrine responses to stress in premenstrual dysphoric disorder – **Psychiatry Res**, 81 (2): 163-78, 1998
- GOTTS, G.; MORSE, C.A.; DENNERSTEIN, L. – Premenstrual complaints: an idiosyncratic syndrome – **J Psychosom Obstet Gynecol**, 16:29-35, 1995

- GUERREIRO, C.A. – **Contribuição ao estudo da relação ciclo menstrual e crises epilépticas** – Campinas, 1989 [Tese – Doutorado – FCM/UNICAMP]
- HALBREICH, U.; ENDICOTT, J.; CHACT, S.; NEE, J. – The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assesment Form – **Acta Psychiatr Scand**, **65**:46-65, 1982
- HALBREICH, U.; ENDICOTT, J.; LESSER, J. – The Clinical Diagnosis and Classification of Premenstrual Changes – **Can J Psychiatr**, **30**:489-97, 1985
- HARDY, M.L. – Herbs of special interest to women – **J Am Pharm Assoc (Wash)**, **40** (2): 234-42; quiz 327-9, 2000
- HARGROVE, J.T. & ABRAHAM, G.E. – The incidence of premenstrual tension in a gynecologic clinic – **J Repr Med**, **27**:721-4, 1982
- HARLOW, S.D. – Premenstrual syndrome – psychiatric or gynaecological disorder? **Ann Med**, **23**:625-33, 1991a
- HARLOW, S.D. – Epidemiology and premenstrual syndrome: theories abound but where is the supporting evidence? – **Epidemiology**, **2**:399-401, 1991b
- HYLAN, T.R.; SUNDELL, K.; JUDGE, R. – The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom and France – **J. Womens Health Gend Based Med**, **8** (8): 1043-52, 1999
- ISRAEL, M.D.S.L. – **Transtornos Menstruales y Esterilidad** – Buenos Aires, Ed. Bernardes, S.A., 1969 – p.165-6, 171
- JERMAIN, D.M.; PREECE, C.K.; SYKES, R.L.; KUEHL, T.J.; SULAK, P.J. – Luteal phase sertraline treatment for premenstrual dysphoric disorder. Results of a double-blind, placebo-controlled, crossover study – **Arch Fam Med**, **8** (4): 328-32, 1999

- JOFFE, H. & COHEN, L.S. – Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge? – **Biol Psychiatry**, **44** (9): 798-811, 1998
- JOHNSON, S.R. – The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms – **Clin Obstet. Gynecol**, **30**:367-77, 1987
- JORDHEIM, O. – The Premenstrual Syndrome – **Acta Obstet and Gynecol Scand**, **51**:77-80, 1972
- KLOCK, S.C. – Premenstrual syndrome, postpartum depression and menopausal depression – **Clin North Am**, **3**:149-62, 1992
- KRAEMER, G.R. & KRAEMER R.R. – Premenstrual syndrome: diagnosis and treatment experiences – **J Womens Health**, **7** (7): 181-2, 1998
- LACAN, J.- Os escritos técnicos de Freud - **Seminário Livro I**, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979, p. 149
- LACAN, J.- As Psicoses - **Seminário Livro III**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1985, p.197, 201, 203
- LACAN, J.- Mais, Ainda – **Seminário Livro XX**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1982, p.49, 98-9, 103-5
- LOCH, E.G.; SELLE, H.; BOBLITZ, N. – Treatment of premenstrual syndrome with a phytopharmaceutical formulation containing Vitex agnus castus – **J Womens Health Gend Based**, **9** (3): 3 15-20, 2000
- LOVESTONE, S. – Periodic psychosis associated with the premenstrual cycle and increase blink rate – **Br J Psych**, **161**:402-4, 1992
- MARVAN, M.L.; DIAZ-EROSA, M.; MONTESINOS, A. – Premenstrual symptoms in Mexican womem with different educacional levels – **J Psychol**, **132** (5): 517-26, 1998

- MARVAN, M.L. & ESCOBEDO, C. – Premenstrual symptomatology: role a prior knowledge about premenstrual syndrome – **Psychosom Med**, **61** (2): 163-7, 1999
- MASSIL, M.Y. & O'BRIEN, S. –Approach to the management of premenstrual syndrome – **Clin Obstet Gynecol**, **30**:443-52, 1987
- MEDINA, J. - **Fisiopatologia Menstrual**, 2ª ed. - São Paulo, Ed. Manole Ltda, 1977, p.9
- MENDONÇA, M.; DESLANDES, B.S.; CARVALHO, C.N. – Síndrome de tensão pré-menstrual – **J Bras Ginecol**, **99**:59-64, 1989
- MOLINE, M.L. & ZENDELL, S.M. – Evaluating and managing premenstrual syndrome – **Medscape Womens Health**, **5** (2):1, 2000
- MORSE, G. – Positively reframing perceptions of the menstrual cycle among women with premenstrual syndrome – **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, **28** (2): 165-74, 1999
- MORTOLA, J.F. – Issues in the diagnosis and research of premenstrual syndrome – **Clin Obstet Gynecol**, **35**:587-99, 1992
- MORTOLA, J.F. – From GnRH to SSRIs and beyond: weighing the options for drug therapy in premenstrual syndrome – **Medscape Womens Health**, **2** (10): 3, 1997
- NASIO, J.-D. – **A Histeria: teoria e clínica psicanalítica**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1991 – p.9, 13, 15, 44, 54, 58, 60, 65-6, 94, 113,121, 125, 129, 161
- NASIO, J.-D. – **Psicossomática: as formações do objeto a**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993, p. 63, 106-7
- NASIO, J.-D. – **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993, p.138-40
- NASIO, J.-D. – **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1995, p.40, 61-2

- NOGUEIRA, C.W.M. - **Determinantes da Síndrome Pré-Menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos** – Campinas, 1998 [Tese – Doutorado – FCM / UNICAMP], p.2
- PAYKEL, E.S. & PRIEST, R.G. – Recognition and management of depression in general practice – **Br Med J**, **305**:1199-202, 1992
- PEARLSTEIN, T.B.; HALBREICH, U.; BATZAR, E.D.; BROWN, C.S.; ENDICOTT, J.; FREEMAN, E.W.; HARRISON, W.M.; HASKETT, R.F.; STOUT, A.L.; YONKERS, K.A. – Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo – **J Clin Psychiatry**, **61** (2): 101-9, 2000
- PIRES, M.L.N. & CALIL, H.M. – Síndrome pré-menstrual – **Cons Méd**, **8**:16-8, 1991
- POMIER, G.- **A Exceção Feminina**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987, p.35
- REEVES, B.D.; GARVIN, J.E.; McELIN, T.W. – Premenstrual tension: symptoms and weight changes related to potassium therapy – **Amer J Obstet Gynecol**, vol. **109**, 7:1036-41, 1971
- REID, R.L. & YEN, S.S.C. – Premenstrual syndrome – **Am J Obstet Gynecol**, **139**:85-104, 1981
- ROSALDO, M. Z. & LAMPHIRE, L. – **A Mulher, a Cultura e a Sociedade** – Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979, p.19
- SCHENK, C.H. & MAHOWALD, M.W. – Two cases of premenstrual sleep terrors and injurious sleep-walking – **J Psychosom Obstet Gynecol**, **16**:79-84, 1995
- SEIPPEL, L. & BACKSTROM, T. – Luteal-phase estradiol relates to symptom severity in patients with premenstrual syndrome – **J Clin Endocrinol Metab**, **83** (6): 1988-92, 1998

- SHUTTLEWORTH, S. – **Female Circulation: medical discourse and popular advertising in Mid-Victorian Era** - in *Body / Politics*, Routledge-N.York & London, 1990, p. 62
- SMITH, S.L. – **Topics in Endocrinology** – Ed. E. J. Sachar, N. York, Raven Press, 1975
- SMITH, S. & SCHIFF, I. – The premenstrual syndrome – diagnosis and treatment – **Fertil Steril** 52:527-44, 1989
- STEINER, M. – Female-especific mood disorders – **Clin Obstet Gynecol**, 35: 599-611, 1992
- STEINER, M.; STREINER, D.L.; STEINBERG, S.; STEWART, D.; CARTER, D.; BERGER, C.; REID, R.; GROVER, D. – The measurement of premenstrual mood symptoms – **J Affect Disord**, 53 (3): 269-73, 1999
- SVEINSDOTTIR, H.; LUNDMAN, B.; NORBERG, A. – Women's perceptions of phenomena they label premenstrual tension: normal experiences reflecting ordinary behavior – **J Adv Nurs**, 30 (4): 916-25, 1999
- TAYLOR, D. – Effectiveness of professional-peer group treatment: symptom management for women with PMS – **Res Nurs Health**, 22 (6): 496-511, 1999
- THYS-JACOBS, S. – Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium – **J Am Coll Nutr**, 19 (2): 220-7, 2000
- TIEMSTRA, J.D. & PATEL, K. – Hormonal therapy in the management of premenstrual syndrome – **J Am Board Fam Pract**, 11 (5): 378-81, 1998
- TRILLAT, E. – **História da Histeria** – São Paulo, Ed. Escuta, 1991, p.23
- VANSELOW, W. – A comprehensive approach to premenstrual complaints – **Aust Fam Physician**, 27 (5): 354-61, 1998
- VITIELLO, N. – Aspectos médicos e psicossociais da tensão pré-menstrual – **Femina**, 8:725-8, 1985

- WARD, M.W. & HOLIMON, T.D. – Calcium treatment for premenstrual syndrome – **Ann Pharmacother**, **33** (12): 1356-8, 1999
- WYATT, K.M.; DIMMOCK, P.W.; JONES, PW; SHAUGHN O'BRIEN, P.M. – Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review – **BMJ**, **318** (7195): 1375-81, 1999
- YONKERS, K.A. & CHANTILIS, S.J. – Recognition of depression in obstetris / gynecologic practices - **Am J Obstet Gynecol**, **173**:632-8, 1995
- YOUNG, E. & KORSZUN, A. – Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis – **Psychiatr Clin North Am**, **21** (2): 309-23, 1998
- ZHAO,G.; WANG, L.; QU, C. – Prevalence of premenstrual syndrome in reproductive women and its influential factors – **Chung Hua Chan Ko Tsa Chih**, **33** (4): 222-4, 1998

LISTA DE OBRAS CONSULTADAS

- FREUD, S.- Estudios sobre la Histeria, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo I
- FREUD, S.- Generalidades Sobre el Ataque Histérico, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo II
- FREUD, S.- La Disolución del Complejo de Edipo, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo III
- FREUD, S.- La Etiología de la Histeria, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo I
- FREUD, S.- La Feminidad – Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo III

FREUD, S.- Los Instintos y sus Destinos, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo II

FREUD, S.- Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo III

FREUD, S.- Nuevas Observaciones Sobre las Neuropsicosis de Defensa, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo I

FREUD, S.- Tres Ensayos para una Teoría Sexual, in **Obras Completas**, 3ª ed., Madrid, Ed Biblioteca Nueva, 1973, tomo II

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – IX **Classificação Internacional das Doenças**, Genebra, OMS, 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – X **Classificação Internacional das Doenças**, Genebra, OMS, 1989

FONTES NÃO ESPECIALIZADAS:

Época – revista nº 119, p.56-7, 2000

Ritmo de Vida – revista nº 5, p.13, 1996