

MARIA VIRGÍNIA FILOMENA CREMASCO GRASSI

*PSICOPATOLOGIA E DISFUNÇÃO ERÉTIL:
A CLÍNICA PSICANALÍTICA DO IMPOTENTE*

CAMPINAS

2002

MARIA VIRGÍNIA FILOMENA CREMASCO GRASSI

***PSICOPATOLOGIA E DISFUNÇÃO ERÉTIL:
A CLÍNICA PSICANALÍTICA DO IMPOTENTE***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRIO EDUARDO COSTA PEREIRA

CAMPINAS

2002

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

G769p Grassi, Maria Virgínia Filomena Cremasco
Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do
impotente. / Maria Virgínia Filomena Cremasco Grassi. Campinas,
SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Mário Eduardo Costa Pereira
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Impotência sexual. 2. Psicopatologia. 3. Psicanálise. 4.
Masculinidade. I. Mário Eduardo Costa Pereira. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Aprovado em _____

COMISSÃO JULGADORA:

DEDICATÓRIA

Para Matheus, homem do amanhã que, no menino de hoje, preenche e renova muitos significados em minha vida.

Não encontro palavras que abarquem todo esse sentimento, sem que muito amor ainda fique esparramado pelo chão.

AGRADECIMENTOS:

Especialmente gostaria de agradecer, com muita gratidão e amor à minha família:

Ao Walter, por tudo e *sobretudo*, pela nossa história.

A minha mãe Marlene, pelo amor que, desde sempre, engendrou em mim a mulher que sou.

Ao meu pai João Alberto, que amorosa e sutilmente sempre me encorajou a dar mais um passo.

Aos meus irmãos João Adriano e João Alberto, à minha cunhada Fátima e aos meus sobrinhos João Felipe e Juliana que me mostram, a cada dia e dia-a-dia, novas dimensões do sentido de família.

A toda essa família que chamo de ‘minha’, alguns que já se foram e especialmente as minhas primas Wânia e Ângela Cristina, aos meus tios Mônica e João por sempre estarem ao meu lado, de alguma forma, generosamente torcendo e me ajudando. A minha avó Ondina, pela coragem e força, cujas marcas estão presentes de formas variadas e misteriosas, em todas as mulheres dessa família.

Aos meus sogros, Walter e Aparecida que sempre me apoiaram com amor, carinho, fé e encorajamento. A Gisselda, ao Celso, ao Lucas e ao André que me fizeram parte dessa outra família tão querida.

Com reconhecimento, estima e amizade quero agradecer:

Especialmente ao Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira, meu orientador, com uma gratidão carinhosa e singular, pelo trilhar de construção dessa Tese e por todos os momentos, descobertas e interlocuções que através dela se fizeram presentes.

À Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns, amiga especial sempre presente, parceira de ideais e idéias, meu reconhecimento, carinho e admiração. À Janaína e à Juliana, que sempre estiveram em meu coração.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Tarelho, pelas supervisões, pelas interlocuções e, principalmente, pela nossa valiosa amizade.

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli, por supervisionar muitos casos clínicos desse trabalho e por ter sido o ‘co-orientador’ de muitos passos e tropeços dessa trajetória.

Ao Dr. Adriano Fregonesi e ao Prof. Dr. Ubirajara Ferreira, pela generosidade em permitirem o acesso aos casos clínicos do Ambulatório de Uro-impotência.

A Mônica Aparecida Cintra Garcia de Almeida da Secretaria de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, por ser tão especial e carinhosa e alegremente me ajudar, sempre que precisei.

Aos enfermeiros do Ambulatório de Psiquiatria, Lurdinha, Ani, Nádia e Marcos, por todas as manhãs e tardes que estivemos juntos. A todos os colegas do Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica.

Aos Profs. Drs. Neury Botega, Cláudio Banzato, Eloísa Helena Valer Celeri pelas críticas e sugestões durante a confecção dessa Tese.

À Profa. Dra. Vera Lamanno, à Profa. Ruth Cerqueira Leite e à Débora Siqueira Bueno, pela escuta atenciosa e única de cada uma que tanto enriqueceram a compreensão dos casos atendidos.

Às colegas da pós-graduação, em especial Luciana Balbo, Joyce Freire, Heloísa Talarico, Vera Zoldan, Maribel Nogueira, Luciana Savioli Lujan e Sílvia Ribes, por terem acompanhado desde o início a construção de minhas idéias e por todas as sugestões e críticas de nossas reuniões. Pela relação que daí construímos e pelos momentos e palavras de apoio.

À Adriana Campos de Cerqueira Leite, companheira de momentos diversos, na tese e na vida, nos quais suas palavras e amizade sempre me foram valiosas, principalmente nesses tenso momentos finais da redação.

À Tatiana Carvalho Assadi, pela gentileza da leitura atenciosa, dos comentários e do apoio que tanto contribuíram nos momentos finais de redação e, principalmente, pelo carinho dessa nova e preciosa união.

Ao Prof. Dr. Florindo Stella com carinho, gratidão e admiração por esta amizade que tanto prezo.

Ao Prof. Dr. Acioly Lacerda e à Andréia Lacerda, meu agradecimento e reconhecimento pela disponibilidade, profissionalismo e amizade de sempre.

A todos os pesquisadores e colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Unicamp, pelo ideal que nos aproxima e encoraja.

Aos professores e alunos do Curso de Especialização em Sexualidade Humana da Unicamp desde 1997, quando nos unimos para concretizar esse ideal de formação de especialistas críticos na área de sexualidade, pela convivência alegre de todas as sextas-feiras e por todas as trocas ricas e frutíferas ao longo desses anos.

Aos colegas da Sociedade Campineira de Estudos em Sexualidade Humana, pelos debates, discussões, reuniões, festas e amizade que sempre nos uniram no ideal de desvendar e compreender os mistérios e “nuances” da sexualidade.

Ao Dr. Juarez Soares Costa, por escutar e ‘acompanhar’ minhas travessias mais dolorosas, que me permitiram entrar em contato e (re)significar outras dimensões de mim mesma.

Ao Dr. Joaquim Zailton Motta, com admiração, por sua generosidade e por podermos trabalhar juntos sempre produtiva e alegremente e, sobretudo, por sermos amigos durante todos esses anos.

À Prof. Dra. Regina Célia Sarmiento pela suavidade, competência e amizade nesse nosso trilhar sobre a sexualidade, junto aos alunos e aos colegas de trabalho.

Ao Prof. Dr. Joaquim de Almeida Claro, com especial admiração, respeito, carinho e gratidão pelas trocas e pelo encorajamento.

À Dra. Sheiva Cherman, pelo afeto que nos une e pela singularidade dessa valiosa amizade. Porque algumas coisas só mesmo “entregando para a existência”. Ao David Cherman, pelo carinho acolhedor.

À Dra. Amparo Caridade, cuja competência e sensibilidade sempre me fascinaram e agora fazem parte de nossa amizade tão especial.

À Maria Cristina Martins, por seu apoio e estima e por construirmos juntas teoria e amizade.

Ao Dr. Luiz Otávio Torres, por ter permitido que uma parte das entrevistas se realizasse em sua clínica. Pelo profissionalismo, amizade e todo afeto que nos une há anos.

Aos Laboratórios Pfizer, por terem fornecido durante seis meses o medicamento Viagra a um grupo de pacientes que participaram desta pesquisa.

À Capes e à Fapesp, pelo apoio financeiro sem o qual seria impossível conduzir esse trabalho ao longo desses anos.

A todos meus pacientes e a todos os homens que participaram de alguma forma desta pesquisa, sem os quais ela não teria sentido.

ABREVIATURA

D.E. – Disfunção erétil

Especialmente gostaria de agradecer, com muita gratidão e amor à minha família:

Ao Walter, por tudo e *sobretudo*, pela nossa história.

A minha mãe Marlene, pelo amor que, desde sempre, engendrou em mim a mulher que sou.

Ao meu pai João Alberto, que amorosa e sutilmente sempre me encorajou a dar mais um passo.

Aos meus irmãos João Adriano e João Alberto, à minha cunhada Fátima e aos meus sobrinhos João Felipe e Juliana que me mostram, a cada dia e dia-a-dia, novas dimensões do sentido de família.

A toda essa família que chamo de ‘minha’, alguns que já se foram e especialmente as minhas primas Wânia e Ângela Cristina, aos meus tios Mônica e João por sempre estarem ao meu lado, de alguma forma, generosamente torcendo e me ajudando. A minha avó Ondina, pela coragem e força, cujas marcas estão presentes de formas variadas e misteriosas, em todas as mulheres dessa família.

Aos meus sogros, Walter e Aparecida que sempre me apoiaram com amor, carinho, fé e encorajamento. A Gisselda, ao Celso, ao Lucas e ao André que me fizeram parte dessa outra família tão querida.

Com reconhecimento, estima e amizade quero agradecer:

Especialmente ao Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira, meu orientador, com uma gratidão carinhosa e singular, pelo trilhar de construção dessa Tese e por todos os momentos, descobertas e interlocuções que através dela se fizeram presentes.

À Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns, amiga especial sempre presente, parceira de ideais e idéias, meu reconhecimento, carinho e admiração. À Janaína e à Juliana, que sempre estiveram em meu coração.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Tarelho, pelas supervisões, pelas interlocuções e, principalmente, pela nossa valiosa amizade.

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli, por supervisionar muitos casos clínicos desse trabalho e por ter sido o ‘co-orientador’ de muitos passos e tropeços dessa trajetória.

Ao Dr. Adriano Fregonesi e ao Prof. Dr. Ubirajara Ferreira, pela generosidade em permitirem o acesso aos casos clínicos do Ambulatório de Uro-impotência.

A Mônica Aparecida Cintra Garcia de Almeida da Secretaria de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, por ser tão especial e carinhosa e alegremente me ajudar, sempre que precisei.

Aos enfermeiros do Ambulatório de Psiquiatria, Lurdinha, Ani, Nádia e Marcos, por todas as manhãs e tardes que estivemos juntos. A todos os colegas do Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica.

Aos Profs. Drs. Neury Botega, Cláudio Banzato, Eloísa Helena Valer Celeri pelas críticas e sugestões durante a confecção dessa Tese.

À Profa. Dra. Vera Lamanno, à Profa. Ruth Cerqueira Leite e à Débora Siqueira Bueno, pela escuta atenciosa e única de cada uma que tanto enriqueceram a compreensão dos casos atendidos.

Às colegas da pós-graduação, em especial Luciana Balbo, Joyce Freire, Heloísa Talarico, Vera Zoldan, Maribel Nogueira, Luciana Savioli Lujan e Sílvia Ribes, por terem acompanhado desde o início a construção de minhas idéias e por todas as sugestões e críticas de nossas reuniões. Pela relação que daí construímos e pelos momentos e palavras de apoio.

À Adriana Campos de Cerqueira Leite, companheira de momentos diversos, na tese e na vida, nos quais suas palavras e amizade sempre me foram valiosas, principalmente nesses tensos momentos finais da redação.

À Tatiana Carvalho Assadi, pela gentileza da leitura atenciosa, dos comentários e do apoio que tanto contribuíram nos momentos finais de redação e, principalmente, pelo carinho dessa nova e preciosa união.

Ao Prof. Dr. Florindo Stella com carinho, gratidão e admiração por esta amizade que tanto prezo.

Ao Prof. Dr. Acioly Lacerda e à Andréia Lacerda, meu agradecimento e reconhecimento pela disponibilidade, profissionalismo e amizade de sempre.

A todos os pesquisadores e colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Unicamp, pelo ideal que nos aproxima e encoraja.

Aos professores e alunos do Curso de Especialização em Sexualidade Humana da Unicamp desde 1997, quando nos unimos para concretizar esse ideal de formação de especialistas críticos na área de sexualidade, pela convivência alegre de todas as sextas-feiras e por todas as trocas ricas e frutíferas ao longo desses anos.

Aos colegas da Sociedade Campineira de Estudos em Sexualidade Humana, pelos debates, discussões, reuniões, festas e amizade que sempre nos uniram no ideal de desvendar e compreender os mistérios e “nuances” da sexualidade.

Ao Dr. Juares Soares Costa, por escutar e ‘acompanhar’ minhas travessias mais dolorosas, que me permitiram entrar em contato e (re)significar outras dimensões de mim mesma.

Ao Dr. Joaquim Zailton Motta, com admiração, por sua generosidade e por podermos trabalhar juntos sempre produtiva e alegremente e, sobretudo, por sermos amigos durante todos esses anos.

À Prof. Dra. Regina Célia Sarmiento pela suavidade, competência e amizade nesse nosso trilhar sobre a sexualidade, junto aos alunos e aos colegas de trabalho.

Ao Prof. Dr. Joaquim de Almeida Claro, com especial admiração, respeito, carinho e gratidão pelas trocas e pelo encorajamento.

À Dra. Sheiva Cherman, pelo afeto que nos une e pela singularidade dessa valiosa amizade. Porque algumas coisas só mesmo “entregando para a existência”. Ao David Cherman, pelo carinho acolhedor.

À Dra. Amparo Caridade, cuja competência e sensibilidade sempre me fascinaram e agora fazem parte de nossa amizade tão especial.

À Maria Cristina Martins, por seu apoio e estima e por construirmos juntas teoria e amizade.

Ao Dr. Luiz Otávio Torres, por ter permitido que uma parte das entrevistas se realizasse em sua clínica. Pelo profissionalismo, amizade e todo afeto que nos une há anos.

Aos Laboratórios Pfizer, por terem fornecido durante seis meses o medicamento Viagra a um grupo de pacientes que participaram desta pesquisa.

À Capes e à Fapesp, pelo apoio financeiro sem o qual seria impossível conduzir esse trabalho ao longo desses anos.

A todos meus pacientes e a todos os homens que participaram de alguma forma desta pesquisa, sem os quais ela não teria sentido.

LISTA DE ABREVIATURA

D.E. – Disfunção erétil

| | PÁG. |
|--|-------------|
| RESUMO | xxv |
| 1. INTRODUÇÃO | 29 |
| 1.1. Disfunção erétil, impotência e psicopatologia..... | 33 |
| 2. MÉTODO | 49 |
| 2.1. A trajetória da pesquisa..... | 53 |
| 2.2. A técnica psicanalítica..... | 60 |
| 2.3. O caso clínico..... | 63 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA E RESULTADOS CLÍNICOS | 65 |
| Capítulo 3.1.: O sintoma sexual: A dor-menor que o nada..... | 67 |
| 3.1.1. Sintoma sexual, sexo e medicação para homens..... | 69 |
| 3.1.2. Sonhos: A chave para o inconsciente..... | 76 |
| 3.1.3. O sintoma em psicanálise..... | 85 |
| 3.1.4. Impotência: Sintoma psicossomático..... | 91 |
| Capítulo 3.2.: Masculinidade: O homem em questão..... | 97 |
| 3.2.1. Mudanças conceituais: A certeza do que em breve não será mais certo..... | 99 |
| 3.2.2. Crise da masculinidade..... | 103 |
| 3.2.3. Das controvérsias sobre a feminilidade, novas perspectivas para a masculinidade..... | 106 |
| 3.2.4. Identidade sexual e feminilidade primária..... | 110 |
| 3.2.5. Masculinidade e psicanálise | 116 |
| Capítulo 3.3.: Marcas da impotência na análise de um homem..... | 121 |
| 3.3.1. José – esforço para se-ter-potência..... | 123 |
| 3.3.2. Aspectos transferenciais – repetir para sobreviver..... | 124 |
| 3.3.3. Defesas e sintomas – atalhos para a sobrevivência psíquica..... | 125 |
| 3.3.4. O pai (D) e José – a difícil busca da masculinidade..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 3.4.: Uma ausência assimilada..... | 129 |
| 3.4.1. Uma questão fálica..... | 131 |
| 3.4.2. O pai..... | 139 |
| 3.4.3. Pontuações teóricas e nossa perspectiva..... | 146 |
| Capítulo 3.5.: Armando: A impotência que salva..... | 159 |
| Capítulo 3.6.: Sintoma e gozo..... | 173 |
| 3.6.1. Princípio do prazer: Uma barreira ao gozo..... | 175 |
| 3.6.2. Uma conceituação de gozo..... | 177 |
| 3.6.3. Dor: Gozo do corpo..... | 181 |
| 3.6.4. Necessidade, desejo e demanda..... | 183 |
| 3.6.5. Prazer: Limite do gozo..... | 187 |
| 3.6.6. Um outro gozo: A mulher..... | 190 |
| Capítulo 3.7.: O sujeito-sintoma impotente na disfunção erétil..... | 195 |
| 3.7.1. A impotência em Benedito..... | 197 |
| 3.7.2. Benedito se diz importante..... | 204 |
| Capítulo 3.8.: (IM)potência: Condição Universal da civilização?..... | 209 |
| 3.8.1. Morrer de sede em frente ao mar..... | 211 |
| 3.8.2. O amor: Esse mal-entendido..... | 221 |
| 3.8.3. Depreciação como possibilidade masculina ao prazer..... | 228 |
| Capítulo 3.9.: Roberto: Uma fantasia (HOMO) sexual..... | 233 |
| 3.9.1. Roberto, homossexualidade e impotência..... | 235 |
| 3.9.2. Aspectos psicopatológicos | 239 |
| Capítulo 3.10.: A impotência é sempre histérica ou a histeria é impotente?..... | 245 |
| 3.10.1.: O homem histérico..... | 247 |
| 3.10.2.: Impotência e histeria..... | 251 |
| 3.10.3. Quem é histérico diante do sexo do outro?..... | 253 |
| 3.10.4. Histeria e histericização..... | 259 |
| Capítulo 3.11.: Transferência na clínica do impotente..... | 263 |
| 3.11.1. Um amor falado – O lugar do outro..... | 265 |
| 3.11.2. Davi e seu amor alucinado..... | 267 |

| | |
|---|------------|
| 3.11.3. Amor sem sexo: Carlos e (A)parição da dor com a terapeuta..... | 274 |
| 3.11.4. Sintoma e travessia da fantasia..... | 285 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 289 |
| 4.1. O impotente: Um homem extra-ordinário..... | 293 |
| 4.2. Castração e gozo na psicopatologia da impotência..... | 296 |
| 4.3. A felicidade morava lá para Bento..... | 301 |
| 4.4. Não há virilidade que a castração não consagre..... | 302 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 305 |
| 5.1. Recusa do prazer como nostalgia do gozo..... | 309 |
| 5.2. O impotente à beira da verdade..... | 313 |
| 5.3. Uma travessia amorosa..... | 315 |
| 6. SUMMARY..... | 319 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 323 |
| 8. ANEXO..... | 343 |



RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar, sob uma perspectiva psicanalítica, a dimensão psicopatológica de sujeitos com problemas eréteis.

Esta pesquisa surge da prática clínica e analítica da pesquisadora com homens com problemas sexuais e propõe um diálogo de interface da psicanálise com a andrologia. O texto supõe que o leitor tenha uma prática clínica como base para acompanhar a dinâmica teórica e examinar a partir de sua própria experiência a eventual relevância das hipóteses e proposições apresentadas.

Focalizamos como sendo o sintoma do sujeito, a disfunção erétil e consideramos a impotência como sendo a expressão de sua implicação subjetiva no surgimento desse sintoma, seu *pathos* e dor psíquica. Nossa hipótese era de que a impotência se manifestava ou se revelava no sujeito com disfunção erétil, o ‘sujeito-sintoma impotente’, como expressão de aspectos psicopatológicos relacionados a falhas no processo de assunção à identidade masculina relacionados à atribuição fálica.

Haveria um ‘modo permanente’ generalizável do impotente constituir seus objetos? Poderíamos falar de uma estrutura psíquica do impotente ou de um modelo psicopatológico da impotência?

Nossa reflexão contemplou o surgimento, em 1998, do citrato de sildenafil, medicação oral para a disfunção erétil, e suas implicações clínicas. Com a remissão farmacológica do sintoma, o que aconteceria à suposta questão psicopatológica subjacente a ele?

Estabelecemos um método de investigação analítica que nos conduziu do material clínico à reflexão, por intermédio de entrevistas e atendimento psicoterapêutico de casos submetidos e não submetidos à medicação. Foram entrevistados 87 pacientes e selecionados 25 para receberem o medicamento do Laboratório Pfizer, durante 6 meses, e serem acompanhados em psicoterapia por dois anos. Focalizamos os casos nos quais houve uma persistência sintomática do problema sexual, isto é, mesmo que a medicação tenha possibilitado a recuperação da ereção peniana, os pacientes continuavam insatisfeitos com seu desempenho ou inseguros.

Concluimos que para os impotentes, a histeria mostra-se como um paradigma fecundo na compreensão da psicopatologia de sua impotência. O que ativa os núcleos histéricos nesses sujeitos não é somente a ‘dis-função’, mas a impotência na disfunção erétil, ou seja, sua implicação subjetiva como falha da masculinidade. A histeria, como paradigma, ilumina pontos comuns à impotência em diferentes estruturas psíquicas.

Afirmamos que na histeria a castração não funcionou, no sentido de cumprir sua função estruturante de instauração do gozo fálico e como possibilidade de acesso ao prazer sexual, ou seja, como um limite ao gozo impossível, ao gozo do Outro, ao gozo do ser. É para *não ter* o falo e com ele admitir o limite da castração, que os histéricos recusam-se a ter (só) prazer e a responder genitalmente à excitação.

A angústia de castração do histérico é o reflexo dela não ter sido total ou verdadeiramente instituída e subjetivada para ele, ficando à deriva, não podendo ser recalçada, insuficiente para implementar a potência genital e representando uma ameaça real demais.

O histérico com sua impotência faz para o outro, um teatro do gozo para dramatizar sua recusa da castração. Ele diz *não* para a excitação e para o prazer sexual, para viver na nostalgia do gozo, à beira, muitas vezes, de se eclipsar como sujeito no assujeitamento de seus sintomas corporais.



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Falar de amor, com efeito, não se faz outra coisa no discurso analítico. E como não sentir que, em relação a tudo que se pôde articular depois da descoberta do discurso científico, trata-se, pura e simplesmente de perda de tempo? O que o discurso analítico nos traz – e é esta, talvez, no fim de tudo, a razão de sua emergência num certo ponto do discurso científico – é que falar de amor é, em si mesmo, um gozo.¹

¹ LACAN, Jacques. **O Seminário: Livro 20: mais, ainda.** (1972-3), 2 ed, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985, p 112.

1.1. DISFUNÇÃO ERÉTIL, IMPOTÊNCIA E PSICOPATOLOGIA¹

O objetivo desse trabalho é estudar, sob uma perspectiva psicanalítica, aspectos psicopatológicos de sujeitos com problemas eréteis. Fundamentou-se na análise de pacientes, sobretudo na clínica, nos quais os sintomas ou queixas sexuais persistiam de alguma forma, apesar da recuperação da função erétil através do uso de medicação. Desde o início vemo-nos diante do problema: como realizar uma clínica e uma reflexão psicanalíticas num contexto estritamente médico?

A persistência sintomática nesses sujeitos organizou nossa escuta analítica para dimensões significantes que transbordavam a disfunção do órgão e despertou o interesse em focalizar e buscar uma compreensão mais ampla dos aspectos psíquicos envolvidos no problema.

Estudar o que poderíamos denominar a psicopatologia de sujeitos com problemas eréteis é mergulhar em uma complexidade clínica e teórica que envolve aspectos quanto à própria terminologia utilizada para se referir à vivência desse sujeito que padece em sua sexualidade.

Segundo o I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil “a disfunção erétil é definida como a incapacidade permanente em obter e/ou manter ereção rígida suficiente para uma atividade sexual satisfatória”². Disfunção erétil (DE) passa a ser considerado, a partir de 1992, como um termo mais preciso e atualmente o preferido para a impotência³ segundo o consenso do Painel de Diretrizes Clínicas sobre Disfunção Erétil da *American Urological Association* (1996) que teve a tarefa de criar recomendações práticas baseadas principalmente nas evidências da literatura sobre os resultados dos diferentes tratamentos⁴.

¹ Esta discussão foi apresentada como tema de mesa redonda no V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental cujo resumo se encontra publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. O Sujeito-sintoma na disfunção erétil: a clínica do impotente. **Anais do V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**, Campinas, SP, 15 a 17 de setembro de 2000, 42p.

²DAMIÃO, Ronaldo, GLINA, Sidney, JARDIM, Carlos Roberto, TELÖKEN, Claudio (Org.) **I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil** – Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo, BG Cultural, 1998, p. 1.

³ *Impotence*. NIH Consensus Statement, 1992; December 7-9, vol. 10, N. 4, p. 1-31.

⁴ *The Journal of Urology*, American Urological Association, Inc., Vol. 156, N. 6, December 1996.

Para Langtry e Markham (1999)⁵, o termo impotência foi objeto de interpretações conflitantes (“confused interpretations”) que também apresentavam implicações pejorativas.

Como vemos, foi recente a tentativa médica de dissociar a acepção de ‘impotência’ dos portadores de insuficiência erétil (“erectile failure”). Tenta-se, assim, encontrar um modo politicamente correto e menos preconceituoso para se referir ao sintoma sem que este carregue o estigma cultural e social de ‘impotência’ que parece atestar a própria sensação subjetiva implicada no sintoma: estado do indivíduo impotente; falta de força; falta de poder⁶.

Impotente assinalava, assim, a qualidade de ‘fraqueza’, inaptidão comumente associada à fragilidade e passividade. Ser rotulado como incapaz, fraco, aparece, com o início dos sintomas, como o principal medo dos homens com DE – abre-se uma ferida identitária. Kusnetzoff (1987) diz que:

O homem que foi vítima de uma falha erétil ou ejaculatória sente-se - literalmente - impotente, abatido, desgostoso... Costuma-se ouvir de alguém com problemas sexuais que perdeu a confiança em si próprio, ou que se sente diminuído diante dos outros. A maioria, por um erradíssimo conceito na matéria, sente-se “menos homem”⁷.

O termo, politicamente correto, atualmente utilizado na prática clínica, ‘disfunção erétil’, situa bem o campo exploratório, diagnosticável e compartimentalizado, de nossa atualidade científica: coloca-se o problema enquanto patologia, isto é, pelo princípio kantiano de instrumentalização, a doença, em seu modelo médico, é vista como uma negação da função (*dis*-função) ou seja, como um processo que não funciona direito.

⁵ LANGTRY, Heather & MARKHAM, Anthony. *Sildenafil. A Review of its Use in Erectile Dysfunction. Drugs*, Jun 57: 6, Adis International Ltd, New Zealand, 1999, p. 967-989.

⁶ Impossibilidade física ou moral; dificuldade ou impossibilidade no homem de completar o ato sexual. Impotente adj.: (Do lat. *Impotens, impotentis.*) 1. Que não pode. – 2. Inapto para a função sexual. – 3. Fraco, débil, incapaz – **Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa**, São Paulo, Nova Cultural, 1999, p. 512.

⁷ KUSNETZOFF, JUAN Carlos, **O Homem Sexualmente Feliz**. Do mito à verdade científica. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1987, p. 16-7.

A dor, mesmo que sob influência psíquica, que se apresenta no sintoma tem a ver com o mau funcionamento ou deformação (negação da forma) que causa a ausência ou privação de algo positivo (saúde).

A cura seria, pois, através das causas, a restituição ou produção de coisas positivas - formas e funções - que foram negadas pela doença. Por isso que se fala em 'cura' para a Medicina: a extinção dos sintomas seria a restituição da saúde.

O número de homens tratados por DE aumentou a partir da década de 70, o que coincidiu com o desenvolvimento e aparecimento das próteses penianas. Até meados dos anos 80, a avaliação da disfunção erétil era feita apenas de maneira empírica. Com o advento, em 1982 dos fármacos intracavernosos, foi possível estabelecer as bases anatomofuncionais da ereção e da fisiopatologia da disfunção. Isso aumentou o interesse pelo estudo da DE que foi, por muitos anos, subdiagnosticada em razão da relutância dos pacientes e de muitos profissionais em discutir a função sexual.⁸ Essa dificuldade aparece até hoje nos consultórios de urologistas, sendo o reflexo do despreparo que estes sentem para abordar os problemas sexuais masculinos.

Em recente perfil dos urologistas filiados à Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e sua prática na área de andrologia, 72,9% se sentem apenas com noções gerais ou despreparados para a abordagem dos distúrbios sexuais masculinos ao terminarem sua especialização em urologia, embora 95,1% digam investigar e tratar os pacientes com distúrbios sexuais⁹.

Segundo as bases anatomofuncionais, a tumescência peniana resulta de um complexo mecanismo neurovascular sob influência psicológica e as disfunções decorrem de falhas em um ou mais compartimentos. Considera-se que as causas orgânicas são responsáveis por cerca de 70% dos casos de disfunção erétil, sendo o restante resultado de causas psicológicas ou mistas¹⁰.

⁸ *Impotence*. National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence Conference. ***Journal of the American Medical Association***, 1993; 270:83-90.

⁹ TORRES, Luiz Otávio, *Perfil dos urologistas filiados à Sociedade Brasileira de Urologia e sua prática na área de andrologia*. Trabalho apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Urologia realizado no Rio de Janeiro de 13 a 18 de novembro de 1999.

¹⁰ LANGTRY, Heather & MARKHAM, Anthony. Op. cit. p. 973.

Em todos os casos, independentemente da etiologia, o fator psicológico desempenha importante, senão fundamental, papel na clínica e no tratamento da DE. Como principais causas psicossociais citadas pelo I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil (1998)¹¹. estão: a depressão, “stress”, fobias, parafilias, problemas de auto-estima, falta de informações, educação, religião, problemas de relacionamento, sendo que se prioriza o acúmulo de uma combinação de fatores para se situar etiologicamente o problema, admitindo-se ainda que há um grande número de casos em que a causa exata nunca é encontrada.

Para a psicanálise, essa busca apenas ‘casuística’, obsessiva do movimento externo que coloca de fora, que ex-plica tudo, leva o sujeito ao escravizamento em convicções que o alienam de sua dor, sancionando-lhe o desconhecimento de sua própria realidade, ou seja, aquela que sustenta seu sintoma por esse lhe constituir enquanto desejante. Para Lacan (1953): “a análise só pode ter por meta o advento de uma fala verdadeira e a realização, pelo sujeito, de sua história em relação com um futuro”¹².

Voltando à nossa retomada histórica do tratamento da disfunção erétil, o impulso mais significativo na terapêutica desses distúrbio é representado pela introdução, em 1998, da terapia oral efetiva, utilizando uma nova classe de drogas, os inibidores da fosfodiesterase, o citrato de sildenafil (Viagra).

Os protocolos de pesquisa mostraram o sildenafil como tratamento eficaz para 70 a 90% dos homens com DE. Uma alta resposta ao placebo, da ordem de 20 a 40%, demonstrou o importante componente psicológico da doença¹³.

O surgimento do citrato de sildenafil apresentou-se como uma terapêutica oral ‘efetiva’ para o tratamento da DE. Para Langtry & Makham (1999), os pacientes relatam não somente ereções mais rígidas e frequentes com o sildenafil em comparação ao placebo,

¹¹ DAMIÃO, Ronaldo, GLINA, Sidney, JARDIM, Carlos Roberto, TELÖKEN, Claudio (Org.), Op. cit., p. 13.

¹² LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953). **Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 303.

¹³ SHARLIP, Ira D. *100 Dias com Viagra: O Impacto Médico e Social nos Estados Unidos*. **Urologia contemporânea**, Vol. IV, N. 4, out/nov/dez, 1998, p. 151-155.

porém registram que uma maior porcentagem de ereções acarretam uma relação sexual bem-sucedida com penetração¹⁴.

Quando de seu lançamento, o Viagra tornou-se um fenômeno cultural na sociedade americana criando um repertório novo de piadas e sendo um novo objeto de discussão na mídia. “A própria palavra Viagra é instantaneamente reconhecida pela maioria dos homens e mulheres americanos. A palavra deixou de ser um substantivo para se transformar também em um adjetivo, verbo e advérbio, com suas respectivas conotações”.¹⁵

No Brasil, a euforia quanto à chegada do Viagra só não teve maiores proporções porque, como tivemos um semestre entre a liberação nos Estados Unidos e a chegada ao Brasil, houve tempo para que os rumores sobre os perigos, principalmente com relação às mortes associadas à sua administração, esfriassem os ânimos. Mas podemos dizer que a impotência apresentou uma nova faceta, após o lançamento do produto que virou referência ao tratamento da disfunção erétil.

Descortinam-se novas possibilidades de enfoques clínicos à doença que até então não possuía efetivamente intervenções eficazes menos invasivas. Para Sharlip (1998) da *Pan Pacific Urology* de San Francisco, “o Viagra mudou drasticamente a forma que a DE é diagnosticada e tratada nos Estados Unidos. Como a maioria dos pacientes responderá bem ao Viagra, não é mais necessária uma avaliação muito pormenorizada”¹⁶. O que vai ao encontro da visão instrumentalizada da medicina. Se se obtém sucesso com a medicação, atendendo-se à queixa do paciente, atingiu-se o objetivo: fazer calar o sintoma.

Assim como os antidepressivos, comercializados nos fins dos anos 80 parecem ter instaurado a depressão como um fenômeno cultural com nosografia popularizada, será que o sucesso da medicação para disfunção erétil provocará enfoques culturais diferentes para a antiga e tão mal vista ‘impotência’?

¹⁴ LANGTRY, Heather & MARKHAM, Anthony. Op. cit., p. 985. “Patients report not only more tumid and frequent erections with sildenafil than placebo, but record that a greater proportion of erections result in successful penetrative sexual intercourse.”

¹⁵ SHARLIP, Ira D. op.cit., p. 154.

¹⁶ Ibid., p. 154.

*Por se obstinar em negar que o paciente é em primeiro lugar um ser falante que historiza singularmente em seu discurso aquilo que lhe acontece, a medicina moderna homogeneiza o sofrimento, despoja-o de suas contingências concretas e históricas, anula o doente para reduzi-lo a uma pura função epidemiológica de suporte de uma doença.*¹⁷

A possibilidade mais viável e segura de solução à DE – fala-se em ‘cura’¹⁸ - e outras inquietações que descreveremos a seguir, reafirmou nosso posicionamento quanto à questão psíquica da impotência: como ela aparece, como se altera ou como se reorganiza quando da eliminação farmacológica do sintoma?

O problema mecânico sendo resolvido existirá espaço para abordarmos o conflito psíquico subjacente à impotência? Qual espaço restará para as abordagens das questões psíquicas, o espaço para a psicopatologia, o estudo da dor psíquica na pós-modernidade, na qual se prioriza eficiência a curto prazo sem o constrangimento das implicações subjetivas? Isto que tentaremos mostrar ao longo desse trabalho, principalmente na elaboração dos casos clínicos, sendo eles que guiarão a resposta dessa (im)possibilidade para a abordagem psíquica.

Após a década de 80, há um esvaziamento da psicanálise na pós-modernidade, principalmente com o impacto da psicofarmacologia e das pesquisas neurobiológicas:

*Nesse contexto, a psicanálise não interessa mais tanto como outrora, como modalidade terapêutica, para conduzir o sujeito à descoberta de si e de seus impasses. Com efeito, esse desinteresse se impõe e se revela na medida em que a psicanálise implica o quadro dos referenciais narcísicos e a exposição das feridas narcísicas das individualidades, justamente para fazer emergir a singularidade do desejo inconsciente. Porém, se a cultura do narcisismo transforma o eu em monumento, a psicanálise não pode interessar mais como outrora, pois ela vai contra essa corrente de narcisação maciça da individualidade.*¹⁹

¹⁷ DEL VOLGO, Marie-José. **O Instante de Dizer**. O Mito Individual do doente sobre a Medicina Moderna. São Paulo, Escuta, 1998, p. 40.

¹⁸ “O tratamento com Viagra restaura os valores dos parâmetros da função sexual masculina, conforme indicados pelo Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), para valores próximos aos normais. Esses parâmetros incluem a função erétil, a função orgásmica, o desejo sexual, a satisfação na relação sexual e a satisfação sexual global”. *Viagra – monografia do produto*, São Paulo, Pfizer, 1998, p. 15.

¹⁹ BIRMAN, Joel. **Estilo e Modernidade em Psicanálise**. São Paulo, Ed. 34, 1997, p. 231.

Desde a década de 60, quando tivemos uma maior ênfase nas terapias sexuais²⁰, com base cognitivo-comportamental que visavam as mudanças de comportamento, principalmente para os problemas eretivos, afirma-se que as técnicas tradicionais de longa duração, como a psicanálise, são ineficazes para o tratamento dos problemas sexuais masculinos.

A terapia sexual foi desenvolvida ao longo da década de 50 a pelas técnicas de condicionamento operante da psicologia comportamental e reafirmadas pelos estudos de fisiologia sexual de Masters & Johnson (1965). A abordagem psicodinâmica foi retomada de forma funcional por Kaplan (1980) que faz uma combinação entre a psicanálise e as técnicas de Masters & Johnson.

Desde então, tem-se utilizado, em atendimentos ambulatoriais para disfunções sexuais masculinas, uma ‘combinação’ de técnicas que envolvem conhecimentos psicanalíticos, numa abordagem breve, associados a técnicas cognitivo-comportamentais de mudança de atitudes.

Esse protocolo²¹ responderia de modo mais eficaz à ansiedade masculina de obter resultados mais rápidos, ao mesmo tempo em que os profissionais se propõem a facilitar, nas entrevistas, a implicação subjetiva do paciente em sua doença, despertando-lhe para a necessidade de um acompanhamento psicoterápico a longo prazo, quando necessário.

O tratamento terapêutico ambulatorial tem “nuances” e características que tanto facilitam quanto dificultam um trabalho de pesquisa. Trabalhar com dados colhidos de atendimentos psicoterapêuticos num Hospital, marcado pelo caráter institucional, traz suas peculiaridades relacionadas à Saúde Pública e sendo um Hospital Universitário, matices ainda mais específicos.

²⁰ “Tratamento dos problemas sexuais baseado em fundamentos científicos que assumem a forma de segurança, educação e recomendações cuidadosamente elaboradas, com reforço no papel do terapeuta como educador.” GILLAN & GILLAN, **A Terapia Sexual**, Lisboa, Edições 70, 1988.

²¹ Basicamente este protocolo vem se desenvolvendo no Ambulatório de Uro-impotência do Hospital das Clínicas da Unicamp onde a pesquisadora colaborou e colheu dados durante uma fase de sua pesquisa.

Quando nos referimos à prática psicanalítica, as coisas parecem se enuviar ainda mais. Questiona-se a possibilidade de uma clínica institucional analítica em que estariam em jogo todas as premissas e modalidades de um consultório privado. Para Figueiredo (1997), apesar das críticas feitas freqüentemente ao ambulatório, ele é, sem dúvida,

*o local privilegiado para a prática da psicanálise, porque faculta o ir-e-
vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação das
consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de
trabalho para o profissional.*²².

Essa pesquisa não se inicia aí, mas é justamente esse lugar-espaco ambulatorial que marca um momento importante em seu desenvolvimento, pois é, principalmente o acompanhamento desses pacientes que deu corpo e movimento à questão a ser desenvolvida.

Algumas limitações, inerentes ao próprio trabalho clínico em uma Instituição Pública como o Hospital das Clínicas da Unicamp, mostraram-se presentes durante os atendimentos terapêuticos. Apesar do grande número de pacientes com disfunção erétil encaminhado para avaliação psicológica e apesar da diversidade de municípios e de estados de origem deles, encontramos uma amostra limitada quanto à condição sociocultural.

Os pacientes que procuram atendimento no HC da Unicamp são, em sua maioria, de baixa escolaridade e de baixa renda, constituindo assim um grupo homogêneo quanto a esse aspecto. Consideramos que esse fator pode ser algo tendencioso a interferir nos dados. Dessa forma ampliamos os atendimentos e as entrevistas em outros locais, onde outra população se configuraria (consultórios, clínicas particulares, etc.).

Admitimos a importância de se realizar um estudo multicêntrico nesses casos, contudo consideramos que as limitações apresentadas no ambulatório nos trouxeram também uma riqueza muito grande de dados para serem avaliados e revelaram singularidades significativas para o trabalho clínico com pacientes com problema erétil.

As queixas, as dúvidas, a presença, os discursos de cada um deles foram aos poucos organizando uma curiosidade inquietante, um querer saber mais e até uma pretenciosa intenção em querer compreender o *pathos*, a paixão e a dor de cada um deles, únicos, mas que expressavam seu sofrer na impossibilidade do gozo sexual.

Impossibilidade essa que não precisaria existir se a questão se resumisse a uma simples flacidez genital. Todos sabemos que o prazer tem inúmeras expressões, sendo o intercurso sexual a mais óbvia, mas certamente, não a única.

A inquietação surge no momento em que esses homens abandonam o prazer como um todo, na vida, em detrimento dessa flacidez do órgão e, mesmo que a detumescência seja mecanicamente vencida através de fármacos, o modo como esses homens foram afetados – o golpe tendo sido desferido – permanece atormentando-os, procurando novas formas de expressão, insistindo na deteriorização sexual, impedindo o gozo satisfatório.

Benedito (nome fictício), paciente de 28 anos assim se expressa:

Eu me sinto como que sem saída. Ando pra cá, pra lá, mas não saio do lugar e volto sempre pro mesmo ponto. Eu não consigo pegar um caminho e seguir. Sinto um vazio muito grande, é como se nada existisse. Eu penso às vezes que se eu morresse seria melhor. Penso até em planos, penso no futuro, mas aí vem a lembrança do problema de ereção, essa tristeza, e tudo acaba. Eu desisto de tudo e minha cabeça fica como um globo que gira, fico pensando em problemas o tempo todo...

Pensando na proposta desse estudo, para lançar luz sobre a questão psicopatológica da disfunção erétil, vimo-nos diante de vários sujeitos que, pacientemente ou não, estiveram diante de nós nesses anos, trazendo-nos de forma comumente assustada e dolorosa, seu problema de dificuldade sexual, essa verdade sobre si mesmos que prefeririam velar se isso lhes fosse possível.

Sejamos categóricos: não se trata, na anamnese psicanalítica, de realidade, mas de verdade, porque o efeito de uma fala plena é reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das

²² FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos.** A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997, p. 10.

*necessidades por vir, tais como as constitui a escassa liberdade pela qual o sujeito as faz presentes.*²³

Figurou-nos novamente a surpresa, sempre presente nos olhos dos pacientes, de terem que colocar em palavras, para outra pessoa, aquilo que tão dificilmente tiveram que admitir antes de aceitarem encarar a terapia: seu problema erétil. Nesses homens, através de suas experiências comunicadas em terapia, funda-se a questão clínica psicopatológica da disfunção erétil.

O que os aproxima como alvo de reflexão desse trabalho é a insatisfação de cada um com o funcionamento de seu órgão genital – uma parte de seus corpos não funciona adequadamente e é essa a sensação que possuem do que está acontecendo.

O enigma que geralmente se colocam é por que, apesar de desejarem e estarem mentalmente excitados, seus corpos não se excitam? Independentemente da etiologia que se apresenta como resposta, a sensação subjetiva desses homens, que logo aparece, é que suas mentes e seus corpos – representados na queixa pelo pênis - estão dissociados, sendo que o segundo sempre joga no time oposto e sempre ganha a partida, mesmo disputando na casa do adversário.

Mas como enfrentar esse adversário, esse duplo que se coloca à frente na hora de fazer o gol, impedindo o sucesso do indivíduo em seu desempenho? De quem se trata, como conhecer o inimigo invisível que se mostra apenas pelas conseqüências de sua presença oculta e deixa o rastro de impotência na alma e no órgão nocauteado?

*Para saber como responder ao sujeito na análise, o método consiste em reconhecer primeiro o lugar em que está seu ego, esse ego que o próprio Freud definiu como um ego formado por um núcleo verbal; em outras palavras, em saber através de quem e a quem o sujeito formula sua pergunta. Enquanto não o soubermos, correremos o risco do contra-senso quanto ao desejo que deve ser reconhecido ali e quanto ao objeto a que se dirige esse desejo.*²⁴

Muitos homens se sentem boicotados pelo pênis que se recusa a responder, mesmo quando fortemente solicitado, pois, geralmente, muitas e várias tentativas de

²³ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953), Op. cit., p. 257.

²⁴ *Ibid.*, p. 304.

reavivá-lo, principalmente as que visam o aumento da excitabilidade, já foram realizadas antes que eles procurem a psicoterapia.

Esse caráter de solução derradeira ao problema imprime ao tratamento psicoterápico características peculiares: apesar de estarem assustados, querem cooperar. Muitos homens desejam, com o início do tratamento, uma resposta peniana rápida, mas nem sempre é o que passam a procurar, quando começam a se engajar no trabalho analítico e, principalmente, quando a dissociação inicial começa a desvendar significados.

Assim Tadeu de 54 anos se expressa após não ter tido sucesso com a medicação para DE:

O Viagra simplesmente não funcionou. Eu até que fiquei assim em parte decepcionado. Eu acho que meu medo de tomar e ter problemas cardíacos pode ter influenciado. Eu acho que não, mas no subconsciente pode ter influenciado, quem sabe, não sei. Quem sabe, subconscientemente, não sei. Quem sabe a dose fosse insuficiente, mas isso é um problema da medicina, não meu.

O que Tadeu sabe é que ele ‘não sabe’ o que pode ter acontecido, decepciona-se e pergunta: - Quem poderá saber? É um saber que ele procura e, por isso, o problema é da medicina. Mas ele ‘acha’ que alguma coisa pode ter influenciado, e tem a ver com um medo e, se for verdade essa influência, ele sabe o lugar onde esse medo se encontra: no subconsciente. Poderíamos ter melhor pista?

Quando as questões psíquicas, psicopatológicas, começam a despontar e aparecem dificuldades, muitas vezes não reconhecidas anteriormente, desvelam-se medos justamente de que essa dissociação pênis-mente se desfaça.

O que ensinamos o sujeito a reconhecer como seu inconsciente é sua história – ou seja, nós o ajudamos a perfazer a historicização atual dos fatos que já determinaram em sua existência um certo número de “reviravoltas” históricas. Mas, se eles tiveram esse papel, já foi como fatos históricos, isto é, como reconhecidos num certo sentido ou censurados numa certa ordem.²⁵

²⁵ Ibid., p. 263.

Pode haver uma resistência, quase sempre dolorosa e nem sempre consciente, a que o pênis volte a se excitar – todas as desculpas são enumeradas para que o sujeito se convença, e a terapeuta concorde, de que o pênis pode falhar novamente a qualquer momento.

A ‘saída para a doença’, no caso a impotência, que - como Freud (1905) preconizou - não soluciona o conflito em questão, mas apenas escapa dele via sintoma, parece nesse momento ser a mais suportável do que a potência para o ato sexual. Aparece escancaradamente o espaço para as questões psíquicas e para a demanda analítica: o inconsciente pede palavra... “o inconsciente é a parte do discurso concreto, como transindividual, que falta à disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente”²⁶. Continuidade do discurso, da história, do corpo... Para Del Volgo (1998),

Em nossa época, os médicos, ao contrário, perderam a faculdade de escutar, em proveito de questionários visando a utilização de exames cada vez mais sofisticados, na perspectiva do diagnóstico a ser estabelecido e do tratamento a ser recomendado. Mas, de qualquer forma, eles continuam se confrontando com queixas de pacientes, que são do âmbito da psicopatologia e dos discursos de sofrimento, portavoz da miséria humana na linguagem da patologia corporal da dor. .²⁷

A questão é justamente o processo individual que o sujeito, sozinho consigo e suas defesas, sente-se impossibilitado de realizar, senão já o teria percorrido sem ter que pagar pelas desavenças de seus sintomas. Algo em si mesmo resiste a se curar.

Diante da resistência, o trabalho analítico torna-se mais árduo e também pode ser mais produtivo, ao interpelar o sujeito diante de seu sintoma, companheiro pernicioso e difícil de ser abandonado, sem que haja alguma segurança, mesmo que lábil, de que o sofrimento pode ser menor e assim os ganhos maiores do que os oferecidos pela doença.

²⁶ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953), Op. cit., p. 260.

²⁷ DEL VOLGO, Marie-José. Op. cit., p. 179.

Nem sempre pode-se ter garantias no processo terapêutico e quase sempre temos que nos defrontar com isso. Os sujeitos impotentes parecem querer ou precisar se assegurar de que terão seus corpos de volta e o que quer que os tenham desconectados de si, de seus desejos, muitas vezes parece não importar, principalmente num primeiro momento, desde que mente-pênis possam novamente trabalhar juntos numa desalienação do sujeito.

É sempre, portanto, na relação do eu do sujeito com o [eu] de seu discurso que vocês precisam compreender o sentido do discurso, para desalienar o sujeito.

Mas, vocês não conseguirão chegar a isso, caso se ativerem à idéia de que o eu do sujeito é idêntico à presença que lhes fala.²⁸

Há algo a ser descoberto, um sujeito inconsciente a desvelar-se e uma história a ser (re)construída, uma paixão, dor, *pathos*, a ser reconhecido.

Foi justamente o advento do sildenafil e o sucesso da medicação para tratamento da disfunção erétil que desvelou para nós o insucesso desse sujeito, sua falha, sua impossibilidade de viver sem o sintoma, por esse constituir-se a si mesmo como existente, desejante, doente.

A eliminação farmacológica do sintoma erétil possibilitou em alguns pacientes atendidos um desvelamento de problemas psíquicos, por intermédio da migração dos sintomas sexuais para problemas como anorgasmia, ejaculação precoce, inapetência sexual, inadequação, etc.²⁹

Citaremos o medicamento no sentido que Platão, no Fedro, oferece a *phármakon*, termo traduzido no Ocidente erroneamente por remédio, “esse filtro, ao mesmo tempo remédio e veneno, já se introduz no corpo do discurso com toda a sua ambivalência”³⁰. Há um outro pólo na palavra *phármakon* que torna a substância maléfica, venenosa, que faz referência a um agravamento do mal em vez de sua remediação. “O *phármakon* não

²⁸ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953), Op. cit., p. 305.

²⁹ Essa discussão foi apresentada no VI Congresso Latinoamericano de Impotência Sexual e VI Congresso Brasileiro de Impotência Sexual, em junho de 2001 no Rio de Janeiro, cujo abstract se encontra publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Erectile dysfunction and psychopathology. **International Journal of Impotence Research**. Basic and Clinical Studies, Vol. 13, Supplement 2, June 2001, s. 20.

³⁰ DERRIDA, Jacques. **A Farmácia de Platão**. São Paulo, Iluminuras, 1997, p.14.

pode jamais ser simplesmente benéfico”³¹. Por duas razões: sua essência e virtude não o impede de ser doloroso (é sempre uma mistura de coisas boas e penosas) e porque é essencialmente nocivo dado que artificial, o que contraria, segundo a tradição grega, a vida natural ou seja, o desenvolvimento natural da doença, desviando seu curso normal.

Para os gregos, a doença ‘normal’ se defende, opondo-se às agressões farmacêuticas, reforçando o mal para seguir o seu curso. Analogamente, quando falamos desses sujeitos com seu *pathos* há uma, poderíamos assim denominar, resistência da doença e, ao aliviarmos sua manifestação dolorosa, ou seja, quando o sintoma cede, cede lugar a um ‘outro’ sofrimento.

O Viagra como remédio é um sucesso, a questão que perdura é a que ele vem aplacar? O pênis flácido; mas que poderia estar respondendo a uma demanda psíquica que continua a existir a despeito de seu pênis recuperado.

Fédida (2001) em entrevista concedida a Paulo Roberto Ceccarelli para o V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, diz:

*Na psicopatologia fundamental, dou grande importância à evolução dos sintomas sob influência dos medicamentos. Por exemplo, um paciente que não está mais deprimido, porque toma um antidepressivo, tem uma nova patologia. Ele não está curado; ele está curado psiquiatricamente, mas tem uma nova patologia.*³²

Podemos dizer que o *pathos*³³ volta a gritar, indicando-nos que tratávamos do sintoma, embuste daquilo que justamente nos escapava ao oferecermos resoluções simplistas, ‘remédio’ que deixou escapar uma ambivalência de algo queurgia metáforas mais profundas. É aí, da relação terapêutica e na (im)possibilidade de algo ser desvelado na fala, que se faz presente o trabalho do analista.

³¹ Ibid., p. 46.

³² Entrevista com Pierre Fédida. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, V.4, n. 1, São Paulo, Escuta, março, 2001.

³³ “Além de sofrimento, de *pathos* deriva-se, também, as palavras "paixão" e "passividade". Assim, a Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade.

*Ao produzir esse primeiro efeito da fala, o analista apenas iniciou seu trabalho. E só pode fazê-lo quando o sujeito em questão suporta minimamente pôr em suspenso as urgências de seu sofrimento em seu pedido de cura ou de uma explicação sobre a causa de seus males. Fazê-lo suportar isso é tarefa preliminar.*³⁴

A ineficácia subjetiva dos diagnósticos causais é que o sujeito nada sabe do pacto de resistência de sua doença e tudo o que supostamente deseja é o remédio para seus males, sentindo-se prontamente grato a tudo o que lhe acena nessa direção.

A mesma prontidão se faz presente depois no ataque às figuras redentoras, médicos e terapeutas, quando as soluções propostas não lhe parecem mais muito satisfatórias e quando se vê novamente acorrentado no enigmático mundo metafórico de sintomas que voltam a se multiplicar, como numa tentativa desesperada da doença se fazer ouvir.

Retornando às “nuances” do atendimento institucional público, é nesse momento que o sujeito se sente desesperançado, cansado, enlutado de suas próprias convicções curativas, embora mais próximo esteja da verdade de sua doença. Suportar se faz necessário tanto quanto dar trégua aos apelos resolutivos, numa uma trajetória cuja temporalidade é inexorável ao trabalho analítico.

O acompanhamento de vários sujeitos nos revelou a importância de se focalizar o problema de disfunção erétil além do sintoma-queixa de disfunção erétil apresentado inicialmente pelos pacientes.

Abrem-se possibilidades clínicas de tratamento e de diálogo que possibilitam configurações de demandas de sofrimento psíquico em que o sujeito possa falar ‘da doença’ (do sujeito que ‘dói’) e não somente ‘pela doença’ (o órgão que dói).

Não pretendemos esgotar, com esse trabalho, as possibilidades simbólicas de compreensão da psicopatologia da disfunção erétil ou encontrar uma mesma estrutura

Nesse sentido, quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenheorar desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator.” BERLINCK, Manoel Tosta. O que Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, V.I, n. 1, São Paulo, Escuta, março, 1998.

³⁴FIGUEIREDO, Ana Cristina, Op. cit., p. 124-125.

psíquica do 'paciente-sintoma impotente'. O objetivo é justamente abrir um campo de diálogo e reflexão entre a psicopatologia e a disfunção erétil ou melhor, entre o *pathos*, a paixão e o sofrimento psíquico do paciente (sua real doença) – que é único - e a sua expressão sintomática.



MÉTODO

MÉTODO

- *É preciso ser paciente, respondeu a raposa. Tu te sentarás primeiro um pouco longe de mim, assim, na relva. Eu te olharei com o canto do olho e tu não dirás nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, a cada dia, te sentarás mais perto...*¹

¹ “You must be very patient,” replied the fox. “First you will sit down at a little distance from me – like that – in the grass. I shall look at you out of the corner of my eye, and you will say nothing. Words are the source of misunderstandings. But you will sit a little closer to me, every day...” (Tradução nossa) SAINT EXUPÉRY, Antoine. **The Little Prince**. New York, Harbrace Paper Library, Harcourt, Brace & World, 1971, p. 84.

2.1. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Queremos descrever, nesse momento, os passos e procedimentos utilizados no decorrer dessa pesquisa que culminaram na elaboração desta Tese que se pretende fundamentalmente clínica.

O trabalho clínico da pesquisadora com homens com disfunção sexual é anterior à elaboração do projeto de pesquisa de doutorado e faz parte de seus estudos continuados na área de sexualidade humana, há mais de 12 anos.

O texto brota e se engendra na prática psicoterapêutica e analítica da pesquisadora com homens com problemas sexuais e nos serviu de base para iniciarmos um questionamento sobre os aspectos psicopatológicos da disfunção erétil e de como eles podem ou não desembocar no que denominaremos de ‘impotência’ ao longo do estudo.

Poderíamos pensar numa psicopatologia da disfunção erétil e, sendo assim, numa estrutura psíquica subjacente ao sujeito com esta sintomatologia? Ou deveríamos pensar em várias estruturas que conduziriam à impotência? Sendo assim, existiria algum ponto de convergência entre elas, isto é, poderíamos falar de alguma generalização possível quanto a aspectos psíquicos dos homens impotentes?

A idéia de teorizar sobre o que psicopatologicamente estaria em jogo nos casos de ‘impotência’ levou-nos necessariamente a considerarmos o campo de estudo de nossa reflexão. Situar e conduzir uma pesquisa de interface da psicanálise com a andrologia, pareceu-nos uma empreitada bastante complicada e perigosa, destas fadadas a nunca satisfazerem nenhum dos dois lados. Contudo, nossa opção de arriscar esse diálogo entre disciplinas foi uma dificuldade da qual não nos esquivamos, tentando levá-la tão longe quanto possível. De imediato, o risco que pagamos é apresentarmos um texto que, por vezes, poderá ser enfadonho para quem é iniciado em psicanálise e um pouco pesado para quem não tenha tomado algum contato com as obras de Freud e Lacan. A opção pela clareza teórica poderá favorecer o leitor na identificação das tomadas de posição dos autores quanto a determinados conceitos psicanalíticos. Além disso, o caráter predominantemente clínico do trabalho poderá servir de fôlego para todos os que tenham

alguma experiência nessa área de atendimento. O texto supõe, portanto, que o leitor tenha uma prática clínica como base para acompanhar a dinâmica teórica, bem como para que possa confrontar sua experiência profissional com as proposições e hipóteses aqui levantadas de modo a julgar quanto a sua eventual pertinência.

Partimos, assim, de casos exemplares que ilustram elementos fundamentais da clínica psicopatológica da disfunção erétil não com o objetivo de conseguir um síntese única da teoria sobre a impotência, o que nos pareceu desde o início pouco provável, senão impossível, em razão da singularidade de cada caso, mas com o objetivo de pontuar questões e elementos fundamentais nas psicopatologias que desembocam na impotência ou são desencadeadas pela instalação da impotência.

Nesse momento, utilizamos o termo disfunção erétil para situar a sintomatologia que tratamos, a falha erétil, e o termo impotência para pontuar a implicação subjetiva do paciente com seu sintoma, portanto, a qualidade do sujeito 'impotente'. A relação entre o sintoma e o ser não é compulsória, mas a prática clínica nos mostra, uma importante coincidência. A alta incidência de homens que se tornam impotentes como um todo em suas vidas, após a instalação da disfunção peniana, já seria suficiente para que refletíssemos sobre isso.

Partimos do pressuposto de que o que levava um sujeito com disfunção erétil (problema no órgão) a ser impotente (problema na vida) seriam os aspectos psicopatológicos relacionados à sua constituição identitária masculina. Nossa hipótese inicial era de que a impotência estava associada a falhas no processo de assunção à identidade masculina. Desvendar quais as associações e quais falhas fazia parte de nosso objetivo inicial.

Ainda no início de nosso trilhar, em 1998, deparamo-nos com o surgimento da medicação oral para o tratamento da disfunção erétil, o citrato de sildenafil, com o nome comercial de Viagra. Com a revolução no tratamento da disfunção erétil, instituída pela medicação, passou-se a questionar qual a clínica terapêutica possível pós-Viagra?

Pensamos, então, na possibilidade de uma reflexão psicanalítica sobre a clínica da impotência mesmo com o sildenafil, pois se tivéssemos farmacologicamente a remissão sintomática, o que aconteceria à questão psicopatológica subjacente ao sintoma? Se o sintoma respondia à questão psíquica, à neurose, se era uma somatização ou uma expressão de conflitos inconscientes relacionados a ser homem e sua identidade, o que aconteceria com a vida psíquica e com a existência desse sujeito diante da recuperação mecânica de sua potência? Além disso, quais as conseqüências que esta reflexão poderia trazer para a clínica da impotência e qual sua pertinência pós- Viagra?

A questão norteadora desta pesquisa como a ‘psicopatologia da impotência’, não se modificou com a introdução do sildenafil, mas o seu surgimento se mostrou de tal importância para o tratamento da disfunção erétil que não poderíamos nos abster de questionarmos suas influências sobre a clínica, sobretudo a psicoterapêutica. Assim, propusemo-nos a nos expor aos seus efeitos na mesma clínica que tínhamos focalizado antes de seu surgimento: a disfunção erétil e a impotência¹.

Esses foram alguns dos questionamentos que se mostraram extremamente relevantes com o surgimento do tratamento oral para a disfunção erétil e que nos levaram a querer compreender a dinâmica psicopatológica do impotente, também pós-Viagra.

Para tanto, entramos em contato com o Prof. Dr. Ubirajara Ferreira e o Dr. Adriano Fregonesi do Ambulatório de Uro-impotência da Unicamp para termos acesso e entrevistarmos os pacientes com queixa e diagnóstico de disfunção erétil, independente da etiologia, que teriam indicação para o sildenafil ou que já estariam utilizando o medicamento.

Durante dois anos (1998-2000) a pesquisadora desenvolveu um protocolo de entrevistas e atendimento no Ambulatório de Psiquiatria com pacientes que lhe eram encaminhados pelos residentes e pelas psicólogas dos Ambulatórios de Urologia e de Psiquiatria.

¹ Esta discussão foi apresentada como um estudo de caso no XXVII Congresso Brasileiro de Urologia cujo resumo está publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Psicopatologia e eliminação medicamentosa do sintoma de disfunção erétil – estudo de caso. **Jornal Brasileiro de Urologia**, número extraordinário do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, Prens, novembro de 1999, p. 45.

Todos os pacientes que participaram da pesquisa assinaram termo de consentimento pós-informação (em anexo), aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e do Hospital das Clínicas da Unicamp.

Paralelamente, a pesquisadora realizou, com o consentimento de urologistas de clínicas privadas, várias entrevistas com pacientes que participaram do protocolo de pesquisa da Pfizer com o Viagra, com o objetivo de tomar contato e levantar dados sobre a satisfação dos pacientes com a medicação e implicações em suas vidas após a remissão ou não dos sintomas. Alguns recortes desses depoimentos são apresentados ao longo do trabalho, entremeando a discussão teórica².

Todos os pacientes encaminhados foram entrevistados pela pesquisadora no Ambulatório de Psiquiatria para que se tivesse inicialmente uma configuração das queixas, etiologias e tratamentos em curso. Foram entrevistados 87 pacientes. A idéia inicial era selecionarmos um grupo, no qual tivéssemos representadas várias etiologias psicopatológicas possíveis para a impotência, e iniciarmos um atendimento psicoterápico de fundamentação analítica com eles, antes, durante e depois da introdução da medicação. Os pacientes passavam também por uma avaliação psiquiátrica quando necessário, principalmente para esclarecimentos quanto aos aspectos depressivos que comumente apresentavam.

O principal problema foi que os pacientes encaminhados, mesmo com indicação para o Viagra, não tinham condição financeira para comprar a medicação. Sendo assim, não pudemos durante muitos meses avaliar modificações que a introdução farmacológica poderia suscitar nos aspectos psicopatológicos. Durante quase um ano vários pacientes foram atendidos, sem que tivessem acesso ao medicamento. Optamos então por entrar em contato com o laboratório fabricante do Viagra, a Pfizer que se propôs a nos fornecer a medicação durante seis meses para um grupo de 25 pacientes. Mensalmente nos foi enviado o equivalente de 4 comprimidos/mês para cada paciente.

² Estes resultados foram apresentados no XXVII Congresso Brasileiro de Urologia cujo resumo está publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Vida, Sexo e Viagra – recortes de depoimentos clínicos. **Jornal Brasileiro de Urologia**, número extraordinário do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, Prensa, novembro de 1999, p. 45.

Os pacientes selecionados pela pesquisadora receberam a medicação por intermédio dos residentes do Ambulatório de Uro-impotência (durante o primeiro semestre de 2000) e continuaram seguindo atendimento psicoterápico no Ambulatório de Psiquiatria.

Os pacientes não foram previamente informados de que seriam selecionados para receber a medicação. Isso poderia ter gerado uma expectativa que interferiria negativamente no curso dos tratamentos psicoterápicos. A seleção do 25 sujeitos foi feita pela pesquisadora, que então os convidou para participarem do grupo.

Os critérios de seleção do paciente para participar do grupo foram: não ter condição financeira para adquirir o medicamento; já ter a indicação pelo Urologista para o Viagra; estar de acordo e ter assinado o termo de consentimento; apresentarem, independentemente da etiologia do sintoma (psíquica e/ou orgânica), aspectos psíquicos conflituosos ou psicopatologias diversas (histeria, obsessão, fobia, perversão, etc) e serem ‘impotentes’ (masculinidade afetada com a instauração do sintoma). Após a instalação do sintoma de disfunção erétil esses homens se revelaram fracassados ou impotentes perante suas vidas, em seus relacionamentos, ficaram deprimidos, sentindo-se ‘menos homem’, incapazes de reagir, inapetentes, etc.

Poderíamos assim avaliar qual a relação do sintoma com a psicopatologia e como isto se reconfiguraria com a remissão farmacológica do primeiro. Nesse sentido, a medicação nos auxiliou metodologicamente, pois as possíveis modificações no sujeito favoreceriam descrever a dinâmica da psicopatologia e da impotência nos dois momentos: antes e depois da remissão sintomática.

Nem todos os pacientes previamente selecionados aceitaram participar do grupo que receberia a medicação, por exemplo, o caso do Armando que apresentaremos mais adiante. Da mesma forma, nem todos os pacientes que receberam a medicação tiveram sucesso erétil com sua administração, o que levou alguns a desistirem de participar do grupo e a continuarem apenas com a psicoterapia, como veremos com o caso de Davi, por exemplo.

De todos selecionados, um deles abandonou o atendimento psicoterapêutico após alguns meses, sem justificativa. Todos os outros do grupo continuaram até o final da pesquisa, quando foram encaminhados pela pesquisadora para atendimento com os estagiários do serviço de psicoterapia psicanalítica, no ano de 2001.

Do grupo inicial de 25 pacientes selecionados para receberem o medicamento: 1 desistiu da terapia, 2 não quiseram tomar e 2 não obtiveram resultados, desistindo de tomar o remédio após 2 meses de tentativas. Portanto, tomando a medicação e em psicoterapia restaram 20 pacientes e sem a medicação, mas continuando a psicoterapia, mais 4 pacientes. Totalizando-se ,do grupo que deveria receber medicação, 24 pacientes em psicoterapia. Os pacientes que não tomaram a medicação (5) não foram substituídos, sendo que as amostras de comprimidos excedentes foram igualmente distribuídas entre os 20 pacientes que passaram então a receber, após o segundo mês, 5 comprimidos/mês.

Além desses 24 pacientes, a pesquisadora ainda seguiu em atendimento psicoterápico, outros que não foram selecionados para participarem do grupo: 4 pacientes que, desde a entrevista inicial, já haviam expressado recusa para tomar o remédio; 2 para quem o medicamento era contra-indicado; 1 que já utilizava o medicamento, mas não se sentia satisfeito e 1 cuja queixa apesar de não ser disfunção erétil, aproximava-se do que denominamos de 'impotência'. Totalizou-se assim 32 pacientes em acompanhamento psicoterápico por no mínimo um ano (alguns pacientes ainda estão em atendimento).

Do grupo que recebeu a medicação (24), apresentaremos 3 casos clínicos (José, Benedito e Roberto) nos quais houve uma persistência sintomática quanto ao problema sexual, isto é, mesmo que a medicação tenha possibilitado a recuperação da ereção, os pacientes continuavam com alguma outra queixa sexual, insatisfeitos com seu desempenho ou inseguros com o que tinham recuperado. Estes pacientes, de forma diferenciada, não se sentiram totalmente satisfeitos com a recuperação erétil.

Apresentaremos também o caso de Armando, que pertencia ao grupo, mas se negou a tomar o medicamento. Utilizaremos vinhetas clínicas de Davi (que não teve sucesso com a medicação) para ilustrarmos os aspectos transferenciais da clínica e de Bento (que já tomava o medicamento quando foi encaminhado, mas sentia-se insatisfeito e

deprimido) que ilustra uma questão importante em nossa discussão final. Apresentaremos ainda a discussão do caso de Carlos que não apresentava problema de disfunção erétil, mas de compulsão sexual, e que enriqueceu nosso argumento quanto à impotência ser uma falha na assunção da masculinidade, ligada a atribuições fálicas, independentemente da capacidade erétil.

Apresentaremos uma interpolação entre a teoria e as discussões clínicas, conduzindo o leitor a visualizar e a avaliar a relevância dos aspectos que serão aqui levantados para fundamentar nossa perspectiva analítica e nossa discussão sobre a clínica do impotente.

Para ilustrarmos como se desenvolveu o longo trabalho inicial de entrevistas e seleção de pacientes para participarem do grupo de medicação ou continuarem em psicoterapia, citamos uma passagem de Freud (1933) sobre a técnica analítica que é bastante interessante e, por que não, polêmica:

Nossos diagnósticos são feitos após os eventos. Assemelham-se à prova do rei escocês para identificar feiticeiras, que li em Victor Hugo. Esse rei declarava que possuía um método infalível de reconhecer uma feiticeira. Mandava cozer lentamente as mulheres num caldeirão de água fervendo, e então provava o caldo. Depois disso era capaz de dizer: 'Esta era feiticeira' ou 'Não, esta não era'. Conosco se passa o mesmo, exceto que nós somos os que sofremos. Não podemos julgar o paciente que vem para tratamento (ou, igualmente, o candidato que vem para formação), senão depois de havê-lo estudado analiticamente por algumas semanas ou meses. De fato, estamos comprando nabos em saco. O paciente traz consigo aspectos doentios indefinidos e gerais que não comportam um diagnóstico conclusivo. Depois desse período de prova, pode acontecer que o caso se revele inviável. Com isto, mandamo-lo embora, se for um candidato, ou prolongamos a tentativa um pouco mais, se for um paciente, na expectativa de ainda podermos ver as coisas sob uma luz mais favorável.³

³ FREUD, Sigmund. *Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações* (1933 [1932]). In **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro, Imago, 1996, Vol. XXII, p. 152-53.

Com isso queremos introduzir algumas considerações sobre a técnica psicanalítica a partir de Freud.

2.2. A TÉCNICA PSICANALÍTICA

“A psicanálise é realmente um método terapêutico como os demais. Tem seus triunfos e suas derrotas, suas dificuldades, suas limitações, suas indicações.”⁴

Após descrevermos os passos dessa pesquisa queremos situar o referencial teórico sobre o qual desenvolvemos nosso trabalho, não só o dos atendimentos psicoterápicos como toda a perspectiva teórica de interpretação e discussão: a psicanálise.

*O que caracteriza a psicanálise como ciência não é o material de que trata, mas sim a técnica com a qual trabalha. Pode ser aplicada à história da civilização, à ciência da religião e da mitologia não em menor medida do que à teoria das neuroses, sem forçar sua natureza essencial. Aquilo a que ela visa, aquilo que realiza, não é senão descobrir o que é inconsciente na vida mental.*⁵

Estamos pois no referencial psicanalítico, tanto no método de investigação, a partir do caso clínico em direção à teorização, assim como Freud iniciou seus estudos; quanto na análise como forma de atendimento clínico que tem por objetivo o acesso ao material inconsciente e “realizar um conjunto de mudanças na organização psíquica daqueles que se submetem a ela”⁶ e quanto à perspectiva interpretativa de nosso trabalho que nos conduziremos por duas referências psicanalíticas: Freud e Lacan.

A psicanálise criada por Freud, desenvolveu-se a partir de sua experiência clínica com pacientes neuróticos, sobretudo as histéricas. A partir do material clínico, Freud sistematizou uma teoria que teve a clínica por excelência. Exatamente isto que nos propusemos ao levantarmos o véu do que poderia ser uma psicopatologia da ‘impotência’.

⁴ Ibid., p. 150.

⁵ Idem, *Conferência XXIV: O Estado Neurótico Comum* (1917 [1916-17]), Vol XVI, Op. cit., p. 389.

⁶ MEZAN, Renato, *Escrever a Clínica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998, p. 170.

Em Freud (1925)⁷, a técnica psicanalítica, que em seu início ainda não tem este nome, surge da hipnose. Contudo, ele fez uso da hipnose de uma maneira diferenciada, independentemente da sugestão hipnótica. Empregou-a para fazer perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas, que em seu estado de vigília ele podia descrever só muito imperfeitamente, ou mesmo de modo algum.

Breuer (1893-95) foi o primeiro a instituir um método catártico de alívio de sintomas. Uma observação fortuita revelou-lhe que a paciente podia ser aliviada de estados nebulosos de consciência se fosse induzida a expressar em palavras a fantasia emotiva pela qual se achava dominada no momento. A partir dessa descoberta, Breuer chegou a esse novo método de tratamento. Ele a levava a uma hipnose profunda e fazia-a dizer-lhe, de cada vez, o que lhe oprimia a mente. Depois de os ataques de confusão depressiva terem sido separados dessa forma, empregava o mesmo processo para eliminar suas inibições e distúrbios físicos.

Breuer referiu-se a esse método como catártico, cuja finalidade terapêutica era a de proporcionar que a cota de afeto utilizada para manter o sintoma, que se desencaminhara, fosse dirigida para a trilha normal ao longo da qual pudesse obter descarga (ou ab-reação). Os resultados práticos do processo catártico foram excelentes. Seus defeitos, que se tornaram evidentes depois, eram os de todas as formas de tratamento hipnótico, ou seja, com o tempo, os sintomas retornavam.

A teoria da catarse não tinha muito a dizer sobre o tema da sexualidade e para Freud, estava muito incompleta, pois quase não tinham tocado no problema da etiologia, na questão do terreno onde o processo patogênico lança raízes.

Freud aprendeu então, por experiência própria, a qual aumentava rapidamente, que não era qualquer espécie de excitação emocional que estava em ação por trás dos fenômenos da neurose, mas, habitualmente, uma excitação de natureza sexual, quer fosse um conflito sexual comum, quer o efeito de experiências sexuais anteriores. Além disso, depois que o trabalho de catarse parecia estar concluído, a paciente subitamente desenvolvera uma condição de ‘amor transferencial’ com Breuer e ele não havia feito a ligação disso com sua doença e então se afastara desalentado.

⁷ As idéias desenvolvidas a seguir basearam-se em *Um estudo autobiográfico* (1925 [1924]) no qual Freud descreve sua participação pessoal no desenvolvimento da psicanálise.

Outro resultado de Freud dedicar-se ao estudo de perturbações nervosas em geral, foi que havia alterado a técnica da catarse. Abandonou o hipnotismo e substituiu-o por outro método, porque estava ansioso por não ficar restringido ao tratamento de condições histeriformes.

A teoria da repressão tornou-se a pedra angular da sua compreensão das neuroses. Um ponto de vista diferente teve então de ser adotado no tocante à tarefa da terapia. Seu objetivo não era mais ‘ab-reagir’ um afeto que se desencaminhara, mas revelar repressões e substituí-las por atos de julgamento que podiam resultar quer na aceitação, quer na condenação do que fora anteriormente repudiado. Trazer à consciência o que havia sido reprimido.

Demonstrou seu reconhecimento da nova situação não denominando mais o método de pesquisa e de tratamento catártico, mas de ‘psicanálise’. Nesse novo método, o paciente falava livremente tudo o que lhe viesse à cabeça, mesmo que a idéia lhe parecesse absurda e, assim, através de um trabalho interpretativo, da ‘arte de interpretação’, Freud tinha acesso aos conteúdos inconscientes que haviam sido reprimidos. O método de associação livre passa a ser a ‘regra fundamental da psicanálise’. Devemos, contudo, ter em mente que a associação livre não é realmente livre. O paciente permanece sob a influência da situação analítica, muito embora não esteja dirigindo suas atividades mentais para um assunto específico, nada lhe ocorrerá que não tenha alguma referência com essa situação.

Freud diz que é perfeitamente verdade que a psicanálise, como outros métodos psicoterapêuticos, emprega o instrumento da sugestão (ou transferência como chama nesse momento). Mas a diferença é esta: na análise não é permitido à sugestão desempenhar o papel decisivo na determinação dos resultados terapêuticos. A alteração permanente em sua economia mental seria o resultado da superação das resistências do paciente a partir da resolução da transferência.

A transferência é tornada consciente para o paciente pelo analista, e é resolvida convencendo-o de que em sua atitude de transferência ele está reexperimentando relações emocionais que tiveram sua origem em suas primeiras ligações de objeto, durante o período reprimido de sua infância. Dessa forma, a transferência é transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico.⁸

⁸ FREUD, Sigmund. *Um estudo autobiográfico* (1925 [1924]), Vol. XX, Op. cit., p. 47.

Posteriormente, Freud (1915) faz uma tentativa para produzir uma ‘Metapsicologia’. Com isso ele queria dizer um método de abordagem de acordo com o qual todo processo mental é considerado em relação com três coordenadas, as quais descreveu como dinâmica, topográfica e econômica, respectivamente; e isso lhe pareceu representar a maior meta que a psicologia poderia alcançar.

*A questão da técnica torna-se, então, a questão deixada por Freud com o seu abandono da sugestão hipnótica – qual seja: o efeito da presença da pessoa do analista sobre a vida psíquica do outro, o paciente, e, correlativamente, as condições, por assim dizer, inter-subjetivas (intra-psíquicas e inter-psíquicas) da técnica.*⁹

A partir de então temos uma incitação ao trabalho teórico apoiado na experiência da prática, nessas condições intersubjetivas e transferenciais da clínica psicanalítica.

2.3. O CASO CLÍNICO

Freud parte do caso clínico, da reflexão que faz sobre ele para elaborar sua teoria. Baseia-se, inicialmente, no estudo da histeria, ela “serve como prisma através do qual são considerados todas as patologias, todo o desenvolvimento psíquico e o processo analítico. É como se fosse uma neurose paradigmática”¹⁰. No contexto desse trabalho, não iniciamos com o que poderia ser um paradigma psicopatológico da impotência, exatamente isto poderia ser *uma* de nossas buscas já que estamos atrás do que poderia explicar os casos de impotência que tratamos.

Partimos do caso clínico, e o que já sabemos deste homem impotente é que ele tem uma questão que perpassa sua constituição identitária, ou seja, tornar-se homem, para ele, provavelmente lhe deixou muitas marcas, uma delas este sentir-se impotente quando seu pênis não funciona. Isto a experiência clínica já nos havia pontuado e o que novamente buscávamos nela agora era o esclarecimento de ‘quais questões psíquicas’ estavam associadas o transtorno no desenvolvimento da identidade e por que a impotência era sua

⁹ FÉDIDA, Pierre. **A Clínica Psicanalítica: estudos**. São Paulo, Escuta, 1988, p. 100.

¹⁰ MEZAN, Renato. Op. cit., p. 122.

expressão. Caso a caso, encontraríamos um paradigma, um ponto nodal ou apenas singularidades que nos esclarecessem os elementos psíquicos destoantes presentes neste *pathos*?

As questões levantadas pela pesquisa só poderiam ser desvendadas na própria clínica e através do que consideramos que a teoria psicanalítica dê conta dela. Temos um problema com o sintoma, desde sua conceituação até a forma como é abordado nas duas disciplinas que dialogam neste trabalho. Por isso, metodologicamente, iniciamos pelo estudo do sintoma e vamos passando pelos conceitos psicanalíticos, entremeados pelos casos clínicos, que irão fundamentar todo o desenvolvimento teórico da Tese.

Como nos esclarece Queiroz (2002) sobre o papel do caso na teoria:

*O papel fundamental do caso na investigação metapsicológica nos leva a supor que o ato de escrever a clínica inscreve o ato clínico metamorfoseando-o em teoria. Portanto, não se trata de uma comunicação escrita da experiência clínica, mas de algo com valor de escritura.*¹¹

O estatuto que daremos ao caso clínico não é o de simplesmente ilustrar algum ponto teórico que consideramos importante ressaltar mas, sobretudo, o de suscitar a reflexão teórica que tivemos que construir para compreendê-lo. Nosso ponto de partida é a clínica e foi ela que nos conduziu à teoria.

¹¹ QUEIROZ, Edilene. O Estatuto do Caso Clínico. Trabalho apresentado no Congresso Latinoamericano dos Estados Gerais da Psicanálise, no prelo para publicação na Pulsional: revista de psicanálise, São Paulo, Escuta.



*REVISÃO DA LITERATURA
E RESULTADOS CLÍNICOS*

CAPÍTULO 3.1: O SINTOMA SEXUAL: A DOR-MENOR QUE O NADA

Há doenças piores que as doenças,

Há dores que não doem, nem na alma

Mas que são dolorosas mais que as outras.

Há angústias sonhadas mais reais

Que as que a vida nos traz, há sensações

Sentidas só com imaginá-las

Que são mais nossas do que a própria vida.

Há tanta coisa que, sem existir,

Existe, existe demoradamente,

E demoradamente é nossa e nós...

Por sobre o verde turvo do amplo rio

Os circunflexos brancos das gaivotas...

Por sobre a alma o adejar inútil

Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.

Dá-me mais vinho, porque a vida é nada.

Fernando Pessoa

3.1.1. Sintoma sexual, sexo e medicação para homens

Quando falamos de disfunções sexuais parece bem claro imaginarmos as vicissitudes do desejo interferindo explicitamente na função dos órgãos sexuais. Mas é justamente esse excesso de explicitação, quase pornográfica, que muitas vezes acaba por desfocalizar o sintoma de sua real significação.

Pommier (1996) assim se refere ao sintoma de ejaculação precoce cuja etiologia reconhecidamente tem predominância psicogênica:

Do ponto de vista da doutrina, a ejaculação precoce leva uma vantagem sobre o comum dos sintomas: é que sua origem, não apenas inconsciente, mas sexual, parece incontestável. É verdade que, malgrado essa evidência, muitos especialistas esforçam-se por encontrar-lhe uma causa orgânica, glandular, fisiológica, hereditária, em suma, qualquer coisa para não reconhecer a urdidura do corpo pelo desejo.¹

No que se refere à DE, não podemos afirmar sua etiologia psíquica com tanta propriedade. O que temos como certo e estatisticamente comprovado é que a maior parte dos casos de DE, em especial em jovens saudáveis, tem como causa primária dificuldades ou conflitos intrapsíquicos. Mesmo diante dessa forte constatação empírica, os primeiros e, às vezes, únicos esforços clínicos, em direção a algum esclarecimento do sintoma do paciente, vai pela via de destrinçamento orgânico em busca de alguma disfunção. E a pouco tempo atrás, era justamente essa a esperança do sujeito com DE que procurava ajuda médica: encontrar alguma causa orgânica que o afastasse do desejo desconhecido.

É evidente que os que sofrem desse sintoma também preferem, por sua vez, e às vezes por muito tempo, qualquer explicação e qualquer método que os poupem de descobrir o que seu inconsciente trafica por vias tão humilhantes, e que, por conseguinte, eles demoram a se abrir com os sequazes em questão.²

¹ POMMIER, Gérard, *Do Bom Uso Erótico da Cólera e algumas de suas conseqüências*, Rio de Janeiro, Zahar, 1996, p. 110.

² *Ibid.*, p. 111.

Reconhecendo o sintoma como aquele que denuncia o sujeito, expressão máxima de sua capacidade de ser e existir, podemos interrogar: como situar esse ‘sujeito-angústia’ fadado a manter um pacto íntimo de sofrimento declarado por meio do sintoma por não suportar enfrentar o velado, o não-dito de seu desejo?

O sintoma constrói-se como uma metáfora, ou seja, “como uma substituição significante de um significante antigo recalcado por um significante novo. O significante novo (sintoma) mantém uma ligação de similaridade com o significante recalcado que ele suplanta”³. Muitas associações e lembranças possivelmente serão necessárias para identificar o significante recalcado na cadeia significante.

Vamos citar algumas falas de um paciente de 50 anos, com queixa de DE há 10 anos, para ilustrarmos como eventualmente pode se desenrolar uma profícua história de lembrança. Pedro (nome fictício) não faz terapia, apenas é convocado para algumas entrevistas com a psicóloga por estar tomando medicação oral para DE e estar se sentindo muito satisfeito com os resultados⁴. Antes de ‘ouvi-lo’ vamos focalizar seu problema como um sintoma, no sentido analítico que nos referimos:

*Isso quer dizer que encontramos ali a condição constitutiva que Freud impõe ao sintoma para que ele mereça esse nome no sentido analítico: que um elemento mnêmico de uma situação anterior privilegiada seja retomado para articular a situação atual, isto é, que seja inconscientemente empregado nela como elemento significante, tendo o efeito de modelar a indeterminação do vivido numa significação tendenciosa. Isso não é já ter dito tudo*⁵

Focalizemos agora a fala de Pedro:

Eu tive a minha primeira ejaculação eu tava com 12 pra 13 anos, brincadeira de amigos. Então a gente sentado, conversando: ah, eu já gozo. Então, tá, vamos fazer uma masturbação, cada um num cantinho. A minha foi demorada, em relação ao primeiro, a minha foi demorada. Agora, eu pensando nisso, pode ser que tenha atrapalhado. De eu ter me sentido a menos dos amigos, assim eu me senti, eu ter sido o último.

³ Ibid., p. 64.

⁴ Esta fase de entrevistas com pacientes que participaram do protocolo de pesquisa com o Viagra da Pfizer fez parte da pesquisa por se apresentar como o dado novo a ser investigado.

⁵ LACAN, Jacques. *A Instância da Letra no Inconsciente* (14-26 de maio de 1957), **Escritos**, Op. cit, p. 448-49.

Nesse momento podemos ‘olhar’ para este recorte de depoimento clínico, no sentido de vermos o que não podemos mais escutar, justamente por estarmos distantes daquela situação em que o corpo fala em uníssono com tudo o que está colocado no momento da entrevista. Esse homem, “agora, pensando nisso” lembra-se de algo que “pode ser que tenha atrapalhado”. Essa lembrança lhe trouxe outras e com elas tivemos que rever sua queixa de 10 anos de DE:

Eu nunca fui de ter um relacionamento normal como a gente ouvia falar, de ver uma mulher, estimulou então vai. Eu era assim, via, gostava e tal, mas eu tinha de ter um certo tipo de conhecimento primeiro pra poder me relacionar. Praticamente eu me casei virgem, eu não fui desses garanhões que todo dia tava aqui, ali, com uma, com outra. Me casei com uma esposa virgem, que também não é o normal como a gente ouve falar. Foi difícil, porque o hímen de minha esposa era flácido e não sangrou. Muitas vezes isso pode ter me afetado: “Pôxa, você não desvirginou a sua esposa.

Não pretendemos aqui analisar a fala de Pedro, mas apenas utilizá-la para situar o ‘campo linguageiro’ ao qual começamos adentrar e no qual nos vimos inseridos desde o início desta pesquisa. Pedro sempre teve problemas com sua sexualidade, mas parece que só ‘agora’ pode pensar nisso.

Com o advento da medicação oral e seu sucesso, temos observado que muitos homens não se importam muito em reconhecer ou não a etiologia psicogênica desde que possam ter, com a medicação, a resposta imediata da recuperação peniana⁶.

O tratamento psicoterápico, quase sempre visto como ameaçador, dispendioso, sem crédito, deixa de ser para o clínico o encaminhamento mais acertado para o paciente. Isto é, diante da encruzilhada psíquica do sintoma, não se indica mais a psicoterapia ao paciente, mas o remédio que poderá aliviá-lo imediatamente. Sem este sintoma, se ele ainda desejar ou tiver outros problemas, poderá procurar um terapeuta.

⁶ Em pesquisa de Rwan Shabsigh do Columbia Presbyterian Hospital de Nova York apresentada no Congresso da ISIR em agosto de 1998 em Amsterdam sobre a eficácia de sildenafil nas diferentes etiologias de DE concluiu-se que a medicação é eficaz em melhorar a função erétil independentemente de sua etiologia (orgânica, psicogênica ou mista).

Quando falamos de disfunção erétil é importante salientar que tratamos de algo que, segundo o I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil (1998) “não constitui doença que necessite obrigatoriamente de tratamento específico, como é o caso de uma infecção grave, por exemplo⁷”. Esclarecido isso, a clínica médica considera que a modalidade terapêutica desejada pelo paciente é algo que pode ser levado em consideração. Estamos diante de uma patologia que poderíamos denominar de ordinária, no sentido de freqüente, comum, habitual que não oferece riscos imediatos à integridade física do sujeito e inclusive possibilita ao clínico levar em conta, no plano propedêutico, o desejo do paciente.

Nesse sentido, o medicamento veio ao encontro de algo crucial na dinâmica masculina com relação às falhas eréteis, pois parece que os homens realmente almejavam conseguir de forma segura, não invasiva e eficaz, uma garantia de ereções potentes, firmes e duráveis. As cifras de vendas parecem confirmar isso.

A pílula azul e as outras que estão surgindo como alternativas orais para a DE, podem ter dado uma trégua na ansiedade de desempenho masculina e, talvez por isso, ou também por isso, tem-se relatos clínicos de sua eficácia em casos de ejaculação rápida (não se sabe ainda qual a relação ou explicação fisiológica). Temos o caso de Roberto que trataremos adiante para corroborar este indício. Será que os ansiosos ejaculadores podem agora estar mais seguros de que não perderão a ereção e, desfocalizando a ansiedade de desempenho podem então se desempenhar melhor?

Por outro lado, desfocalizando o problema erétil da subjetividade do sujeito, o sildenafil, garantindo a ereção, pode ter diminuído a ansiedade dos homens relacionada ao desempenho, mas não o enfoque tradicional e fálico do desempenho em si. Aliás, parece comprovar ainda mais a tese machista (masculina ou feminina) de que este é muito importante.

O sildenafil veio responder a uma parcela importante do desejo sexual masculino e sabemos que não foram somente os homens com DE os responsáveis por fazer dessa medicação a mais vendida no mundo, nos anos de 1999 e 2000 e, no ano de 2001 no Brasil. Existem muitos

⁷ DAMIÃO, Ronaldo, GLINA, Sidney, JARDIM, Carlos Roberto, TELÖKEN, Claudio (Org.) Op. cit., p. 17.

homens consumindo a droga de forma recreativa para potencializar suas ereções, para garanti-las em situações de estresse, em situações consideradas como ‘lazer’ enfim, como a ‘pílula dourada’ (que é azul) que durante tantos anos esteve no imaginário masculino, ao lado de suas fantasias eróticas.

Milton, 50 anos, é um consumidor recreativo e assim nos relata:

Fora de casa é tranqüilo, o desejo, isso vem mesmo, o que importa é a variedade, isso é normal. Se eu for fazer uma aventura que aparecer de momento, o que eu faço? Eu tomo o Viagra e posso fazer tudo, né? Como uma aventura é uma coisa que aparece de momento, a gente tem que estar apto para fazer isso.

Marcos tem 60 anos e assim relatou sobre seu consumo de sildenafil como potencializador da capacidade erétil:

Eu comecei a tomar o Viagra para potencializar, não foi por disfunção. Para ter relação fora eu não tenho dificuldade não, mas em casa, com a passividade da minha mulher... eu também acho que foi desgastando demais. Eu, basicamente, tomei para aumentar minha potência, porque queria uma atividade intensa como eu tinha antes e eu queria continuar naquele patamar que eu alcançava. Foi muito bom e eu pretendo continuar, para ter relação em casa ,porque se eu pegar uma menina nova, eu faço sexo 2, 3 vezes ou mais sem Viagra. Depende do estímulo mesmo.

Podemos, assim, observar o ‘espaço’ que a medicação passa a ocupar na dinâmica interpessoal, não só na relação sexual ou genital em si, mas nas relações desses homens que, otimizando sua potência genital, arranjam-se melhor na interpessoalidade de seus relacionamentos afetivo-sexuais, visto o desejo erótico não ter mais que ser posto em questão no jogo sexual e o desgaste afetivo da relação poder, até certo ponto, permanecer inquestionável.

Sabemos que o sildenafil, segundo a Monografia do produto (1998) “age em resposta à estimulação sexual natural para restaurar a função erétil”⁸, ou seja, a ereção obtida com o Viagra é uma resposta fisiológica ‘natural’ bem sucedida à estimulação sexual, exatamente como os homens desejariam que acontecesse naturalmente pois se não houver estimulação, não há ereção. O que muitos relatos clínicos vêm nos mostrar é que, com o Viagra, necessita-se apenas

⁸ *Viagra, Monografia do produto*, São Paulo, Laboratórios Pfizer, 1998, p. 13.

de um pequeno estímulo para que a ereção aconteça e, mesmo que o estímulo continue fraco, ela se mantém firme o suficiente até o fim do intercurso sexual. Este é o motivo pelo qual os homens têm utilizado o Viagra com sucesso em suas relações domésticas, desgastadas de erotismo. É o que Marcos nos relatou acima. Com a medicação, eles podem, de certa forma, driblar a apatia e a falta de estimulação com suas parceiras usuais.

Sílvio tem 48 anos e começa a tomar Viagra sem o conhecimento de sua parceira que já estava habituada às relações espaçadas que mantinham e relata o impacto dela com sua mudança de atitude sexual:

Com a participação do Viagra, a coisa melhorou. Pra mim deu resultado. Tanto é que minha mulher estranhou, que negócio é esse que tá procurando demais? Eu não contei, ela desconfiou, mas eu não contei. Mas é uma coisa incrível, é imediato. O que mudou foi a frequência e agora eu estabeleci com ela um pacto para termos semanalmente e ela concordou. Se eu quisesse ter relação todo dia, ela ia estranhar.

Poucas pesquisas foram realizadas com as parceiras desses homens, que passaram a utilizar o sildenafil em suas relações sexuais. O foco dos estudos centrou-se sobre a eficácia, aceitação e satisfação masculina com o uso da medicação. Muitas dessas pesquisas não consideraram o relato subjetivo dos homens quanto à satisfação sexual deles pós a introdução do medicamento.

Utiliza-se um questionário auto-administrado, o Índice Internacional de Função Erétil (I.I.E.F.⁹), para avaliação clínica da DE e dos resultados do tratamento em estudos clínicos. Em geral, esses estudos avaliam o sucesso do tratamento considerando um aumento na pontuação do I.I.E.F. Particularmente, as respostas às questões 3 e 4 do questionário que avaliam a frequência em obter e manter ereção suficiente para a atividade sexual, são levadas em consideração nas discussões dos casos. Questiona-se o que representaria real benefício para o paciente, como colocado por Claro *et al.* (1999) em artigo sobre os efeitos do sildenafil pós-prostatectomia radical:

⁹ “International Index of Erectile Function” – foi originalmente desenvolvido e validado para ser utilizado em estudos de larga escala, internacionais e multicêntricos como uma alternativa aos testes diagnósticos, relativamente complexos, e às entrevistas com os pacientes. (Viagra – monografia do produto, Op. cit., p. 14)

*O conceito de ‘bons resultados’ tem variado de um estudo para outro. Vários estudos consideram bom resultado a simples melhora categórica do paciente. Isto é, pacientes que passavam, por exemplo, da categoria de disfunção moderada (pontuação 13 a 18 no I.I.E.F.) para a categoria leve (pontuação de 19 a 24) eram considerados como bons resultados, porém, esses pacientes não relataram relações sexuais satisfatórias.*¹⁰

Um estudo de Hultling (1998) da Suécia, apresentado no Congresso da *International Society for Impotence Research* (atual ISSIR), em Amsterdam, conclui que a percepção das parceiras sobre a eficácia do sildenafil confirma a resposta significativa relatada pelos pacientes com DE, mas assim como os outros estudos, nada diz sobre como elas se sentiam ou avaliavam os resultados dentro da relação. Supõe-se, funcionalmente, a satisfação pela eficácia do medicamento na resposta erétil, mas não temos acesso aos relatos femininos que confirmem ou não que ‘sucesso erétil’ seja ‘sucesso sexual’.

As interações psicopatológicas no e do casal seriam com certeza tema de importante investigação na temática das disfunções sexuais. Poderíamos nos indagar sobre quem é a mulher do impotente?

Poderíamos pensar na psicopatologia da mulher do impotente, dessa que co-participa do hiato entre desejo e ato na sexualidade de seu parceiro. Mas estaríamos sendo reducionistas e tendenciosos, fazendo a mesma psicanálise misógina da qual alguns autores acusaram Freud, ao considerarmos que é do ‘outro sexo’ que deveríamos tratar e não do outro. Nossa investigação deliberadamente esquia-se dessa discussão e focaliza a verdade da questão sintomática.

Somos lançados a essa busca da verdade do sintoma e, claro, à sua dimensão de alteridade, mas não é só a do ‘outro sexo’ que iremos nos referir mas ao outro (homem/mulher) do homem que falha sexualmente pois, muitas vezes, na relação sexual, a alteridade pode ser o Outro. Por isso nos referimos à clínica do impotente.

¹⁰ CLARO, Joaquim de Almeida et al. Sildenafil no Tratamento da Disfunção Erétil Pós-prostatectomia Radical. **Jornal Brasileiro de Urologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 504-507, out/dez. 1999.

3.1.2. Sonhos: A chave para o inconsciente

Para tecermos considerações psicopatológicas sobre o sintoma de disfunção erétil e a psicanálise, vamos fazer uma delimitação teórica sobre como se constituiu, para a psicanálise, a noção de sintoma e situarmos qual a perspectiva que pretendemos trabalhar. Isso nos coloca diante dos grandes princípios da teoria analítica e nos mostra sobre o que a psicanálise trabalha. Nosso intuito é pontuar teoricamente apenas os conceitos fundamentais para o desenvolvimento de nosso estudo, principalmente para a interpretação dos casos clínicos.

Veremos como o sintoma está articulado a uma verdade, a verdade do inconsciente que se expressa, metaforicamente, via sintoma. Para Lacan (1953), “o inconsciente é a parte do discurso concreto, como transindividual, que falta à disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente”¹¹. A verdade, que pode emergir na fala do paciente, é aquela que tem o efeito de uma fala plena, capaz de “reordenar as contingências passadas, dando-lhe o sentido das necessidades por vir, tais como as constitui a escassa liberdade pela qual o sujeito as faz presentes”¹².

Para tanto, vamos iniciar por aquilo que na obra freudiana é considerado a pedra fundamental de sua teoria, sobre o qual os principais conceitos psicanalíticos são construídos.

Freud (1900), no prefácio da terceira edição de *A Interpretação dos Sonhos*, diz que a análise das formas mais complexas de psiconeuroses apenas começava e que sua teoria da sexualidade ainda não existia, o que viria depois com os *Três Ensaio*s (1905). Ele fala de sua esperança de que a interpretação dos sonhos ajudasse a tornar possível a análise psicológica das neuroses.

Da correspondência de Freud com Fliess sabemos que *A Interpretação dos Sonhos* foi concluída em seus aspectos essenciais no começo de 1896, mas só foi escrita no verão de 1899. Seu interesse pelos sonhos aparece publicado, originalmente, numa longa nota de rodapé ao caso da Sra. Emmy von N. em *Estudos sobre a Histeria*, em que Freud (1893-5) tenta uma abordagem do problema da interpretação dos sonhos.

¹¹ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953), **Escritos**, Op. cit., p. 260.

¹² *Ibid.*, p. 257.

Nessa nota, os sonhos são associados a dois fatores: à necessidade de elaboração de quaisquer representações de que se tivesse tratado de modo superficial durante o dia e a compulsão de vincular quaisquer representações que estivessem presentes no mesmo estado de consciência, numa cadeia associativa (o que denomina ‘compulsão à associação’).

Da mesma forma, os neuropatas, como se refere, parecem ter uma necessidade de associar quaisquer idéias, umas com as outras, que estejam presentes em suas mentes. Delineia-se uma semelhança entre os mecanismos dos sonhos e as neuropatias. Freud começa a construir instrumentos teóricos que possibilitariam escutar falas dos neuróticos sobre seus sintomas, aparentemente sem sentido e desconexas, em busca de deciframento e interpretação.

No prefácio à primeira edição de *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900) adverte:

*Como se verá a seguir, os sonhos não podem fazer nenhuma reivindicação semelhante de importância prática, mas seu valor teórico como paradigma, é por outro lado, proporcionalmente maior. Quem quer que tenha falhado em explicar a origem das imagens oníricas dificilmente poderá esperar compreender as fobias, obsessões ou delírios, ou fazer com que uma influência terapêutica se faça sentir sobre eles.*¹³

Tal é a importância dos sonhos no início da teoria freudiana. Em setembro de 1895, Freud escreve o *Projeto para uma Psicologia Científica* já com uma primeira abordagem de uma teoria dos sonhos. Apesar de ser um estudo neurológico, posteriormente Freud abandona toda a referência neurofisiológica e volta-se para os problemas psicológicos e clínicos. Neste texto se encontra o núcleo de grande parte das teorias que Freud iria desenvolver mais tarde, principalmente as relacionadas ao funcionamento psíquico e suas instâncias.

No *Projeto*, Freud (1895) inclui elementos importantes que reaparecem em *A Interpretação dos Sonhos* (como realização de desejos, caráter alucinatório, etc) e traz uma indicação clara do que seria uma das mais importantes descobertas que aparecerá finalmente em *A Interpretação*: a distinção entre os modos de funcionamento psíquico: o processo primário e o processo secundário¹⁴.

¹³ FREUD, Sigmund. *A Interpretação dos Sonhos* (1900), Vol. IV, Op. cit., p. 23.

¹⁴ Do ponto de vista tópico, o processo primário caracteriza o sistema Inconsciente e o processo secundário o sistema Pré-Consciente-Consciente.

O modelo do sonho levou Freud (1900) a considerar o funcionamento do aparelho psíquico regido pelos processos primário e secundário. A finalidade do processo primário, inconsciente, era reproduzir representações de vivências de satisfação original. Em oposição, o processo secundário estaria associado a uma função reguladora, ao pensamento da vigília, a atenção, a ação controlada, o juízo de valor, etc.

O trabalho do sonho estaria mais a serviço do processo primário, respondendo à hipótese freudiana do sonho ser uma realização de desejos. A oposição entre processos primário e secundário corresponde à oposição entre os dois modos de circulação da energia psíquica: livre e ligada.¹⁵

Na Carta de 10 de março de 1898 a Fliess (Carta 84), Freud (1950) diz que a vida onírica deriva inteiramente dos resíduos do período pré-histórico da vida (entre um e três anos de idade), o mesmo período que considera como a fonte do inconsciente, e que é caracterizado pela amnésia. Neste estaria ancorada a etiologia de todas as psiconeuroses. A repetição do que foi experimentado nesse período seria a realização de um desejo: “um desejo recente só conduz a um sonho quando consegue estar em conexão com material proveniente desse período pré-histórico, quando o desejo recente é um derivado pré-histórico”¹⁶.

O modo de atuar do Inconsciente é predominantemente regido pelo processo primário, a forma mais primitiva de atuação do psiquismo, e o Pré-Consciente e o Consciente seriam regidos pelo processo secundário. Esta organização deve igualmente ser posta em paralelo com a oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade. Os mecanismos psíquicos começam a ser teorizados por Freud (1900) segundo leis de funcionamento:

¹⁵ “Termos que exprimem, do ponto de vista econômico, a distinção freudiana entre processo primário e processo secundário. No processo primário, diz-se que a energia é livre ou móvel na medida em que se escoia para a descarga da maneira mais rápida e mais direta possível; no processo secundário, ela é ligada, na medida em que o seu movimento para a descarga é retardado ou controlado.”¹⁵ LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise**. Laplanche e Pontalis, 3ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1998 p.146.

¹⁶ FREUD, Sigmund. *Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess*(1950[1892-99]). *Carta 84* (10 de março de 1898). Vol.I, Op. cit.. p. 325.

O estudo da formação dos sintomas e a análise dos sonhos levam Freud a reconhecer um tipo de funcionamento mental que apresenta os seus mecanismos próprios, que é regido por certas leis e é muito diferente dos processos de pensamento que se oferecem à observação psicológica tradicional. Este modo de funcionamento, particularmente evidenciado pelo sonho, caracteriza-se não por uma ausência de sentido, como afirmava a psicologia clássica, mas por um incessante deslizar de sentido.¹⁷

Um dos mecanismos em ação para esse ‘deslizar de sentido’¹⁸ é o trabalho de ‘condensação’¹⁹, pelo qual vários significados confluem via cadeias associativas de idéias (como Freud já havia inicialmente intuído na nota do caso da sra. Emmy von N.). Vários elementos são unidos porque têm uma certa afinidade, como nos sonhos em que podem aparecer condensadas numa só pessoa características de várias outras.

O outro mecanismo que ocorre e que é denominado como um trabalho de ‘deslocamento’²⁰ é o fato do sonho (bem como dos lapsos e chistes) poder significar algo totalmente diferente do que é enunciado. Há uma mobilização da carga psíquica de um lugar para outro.

Freud (1900) refere-se ao trabalho do sonho, fazendo uma distinção de conteúdo latente, a que chama pensamentos do sonho, e conteúdo manifesto, aquilo que se mostra, do sonho. O sonho, como um discurso, sempre quer dizer mais do que estima dizer daí apresentar-se condensado, sinteticamente cifrado.

Dos pensamentos do sonho, o conteúdo latente, e não de seu conteúdo manifesto que é realizado o trabalho de interpretação. São eles que poderão esclarecer o sentido das metáforas, metonímias e outros processos utilizados pelo inconsciente na elaboração onírica cujo conteúdo

¹⁷ LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário...**, Op. cit., p. 372.

¹⁸ *Entstellung*, traduzida por transposição, designando em Lacan o deslizamento do significado sob o significante.

¹⁹ “A primeira coisa que se torna clara para quem quer que compare o conteúdo do sonho com os pensamentos oníricos é que ali se efetuou um trabalho de *condensação* em larga escala. Os sonhos são curtos, insuficientes e lacônicos em comparação com a gama e riqueza dos pensamentos oníricos. (...) Já tive ocasião de assinalar que, de fato, nunca é possível ter certeza de que um sonho foi completamente interpretado. Mesmo que a solução pareça satisfatória e sem lacunas, resta sempre a possibilidade de que o sonho tenha ainda outro sentido”. FREUD, Sigmund. “O Trabalho de Condensação” (A), *A Interpretação dos Sonhos* (Parte I, 1900), Vol. IV, Op. cit., p. 305.

²⁰ “Fato de a importância, o interesse, a intensidade de uma representação ser suscetível de se destacar dela para passar a outras representações originalmente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa. Esse fenômeno, particularmente visível na análise do sonho, encontra-se na formação dos sintomas psiconeuróticos e, de um modo geral, em todas as formações do inconsciente. (...)”. LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário...**, Op. cit., p. 116.

manifesto, isto é, aquilo que se mostra, muitas vezes parece sem sentido, desconectado da realidade, alucinatório, sem importância, desassociado do problema pelo qual o paciente procura tratamento.

Para Lacan (1957), a condensação (“Verdichtung”) é a estrutura de superposição dos significantes em que ganha campo a metáfora, que é o que “se coloca no ponto exato em que o sentido se produz no não-senso”²¹ na troca de uma palavra por uma outra.

Na mesma direção, o deslocamento (“Verschiebung”) é o transporte de significação que a metonímia demonstra, via utilização de termos diferentes de seu sentido original e que é apresentado, desde Freud (1900) em *A Interpretação*, como o meio mais adequado do inconsciente para despistar a censura: “A consequência do deslocamento é que o conteúdo do sonho não mais se assemelha ao núcleo dos pensamentos do sonho, e que este não apresenta mais do que uma distorção do desejo do sonho que existe no inconsciente”²².

Os principais pontos da argumentação teórica do aforismo lacaniano: “o inconsciente estruturado como uma linguagem” encontram-se já delineados e expressos no texto de Lacan (1956) sobre a metáfora e metonímia: “sa gerbe n’était point avaré, ni haineuse” de 2 de maio de 1956 e do qual retiramos uma longa citação:

*A oposição da metáfora e da metonímia é fundamental, pois o que Freud colocou originalmente no primeiro plano nos mecanismos da neurose, bem como naqueles dos fenômenos marginais da vida normal ou do sonho, não é nem a dimensão metafórica, nem a identificação. É o contrário. De uma forma geral, o que Freud chama a condensação é o que se chama, em retórica a metáfora, o que ele chama o deslocamento é a metonímia. A estruturação, a existência lexical do conjunto do aparelho significante, são determinantes para os fenômenos presentes na neurose, pois o significante é o instrumento com o qual se exprime o significado desaparecido. É por essa razão que de novo dirigindo a atenção para o significante, nada mais fazemos do que voltar ao ponto de partida da descoberta freudiana.*²³

²¹ LACAN, Jacques. *A Instância da Letra no Inconsciente* (14-26 de maio de 1957), **Escritos**, Op. cit. p. 512.

²² FREUD, Sigmund. “O Trabalho do Sonho” (Cap. VI), *A Interpretação dos Sonhos* (Parte I, 1900), Vol. IV, Op. cit., p. 333-4.

²³ Idem., **O Seminário: Livro 3: As Psicoses**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988, p. 252.

Em seu ‘retorno a Freud’, Lacan (1957) vai realizar em sua teoria, uma analogia entre certos processos de linguagem e o funcionamento do inconsciente, isto é, sua concepção do sujeito nos remete à questão da linguagem no sentido em que “é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente”²⁴.

*Também o sujeito, se pode parecer servo da linguagem, o é ainda mais de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está inscrito em seu nascimento, nem que seja sob a forma de seu nome próprio.*²⁵

São elementos lingüísticos que fundarão a teoria lacaniana na qual o inconsciente é estruturado como uma linguagem e sustentarão a tese da supremacia e autonomia do significante (imagem acústica) em relação ao significado (conceito).

Esse último é justamente o que se oculta na neurose e produz o sintoma psíquico, metáfora daquilo que não pode se expressar livremente, daí ser recalcado. Em O seminário sobre “A carta roubada” Lacan (1955) atesta pela supremacia do significante, símbolo de uma ausência, o qual exprimiria, “sua pista onde ela nos despista”, ou seja, o significado desaparecido na neurose:

*Pois o significante é unidade por ser único, não sendo, por natureza, senão símbolo de uma ausência. E é por isso que não podemos dizer da carta/letra roubada que, à semelhança de outros objetos, ela deva estar ou não estar em algum lugar, mas sim que, diferentemente deles, ela estará e não estará onde estiver, onde quer que vá.*²⁶

No sonho, como na neurose, é o significado que se oculta por trás dos processos metafóricos de condensação, dos deslocamentos de sentido, das figuras de linguagem. Para Lacan (1953), Freud em sua obra, ensina-nos a ler as intenções (retaliadoras, persuasivas, sedutoras, demonstrativas, etc.) que o sujeito modula em seu discurso onírico na retórica da elaboração do sonho, via os deslocamentos sintáticos (elipse, pleonasma, regressão, repetição, etc.) e as condensações semânticas (metáfora, metonímia, catacrese, alegoria, etc.).

²⁴ Idem, *A Instância da Letra no Inconsciente* (14-26 de maio de 1957), **Escritos**, Op. cit. p. 498.

²⁵ *Ibid.*, p. 498.

²⁶ Idem, LACAN, Jacques. *Seminário sobre “A carta roubada”* (26 de abril de 1955), **Escritos**, Op. cit., p. 27.

*Assim como as outras formações do inconsciente, o sonho é de imediato interpelado por Freud em sua referência a um sistema de elementos significantes análogos aos elementos significantes da linguagem.*²⁷

Os sintomas, assim como os lapsos de linguagem onde parecemos capturados pelo sentido que não queremos conscientemente dizer ou mostrar, utilizam os mesmos mecanismos dos sonhos que pertencem ao sistema inconsciente, estando sujeitos aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento, como Freud (1900) coloca em sua *Traumdeutung, Interpretação dos Sonhos*.

*Então, que retomemos a obra de Freud na Traumdeutung, para ali nos lembrarmos que o sonho tem a estrutura de uma frase, ou melhor, atendo-nos à sua letra, de um rébus, isto é, de uma escrita da qual o sonho da criança representaria a ideografia primordial, e que reproduz no adulto o emprego fonético e simbólico, simultaneamente, dos elementos significantes que tanto encontramos nos hieróglifos do antigo Egito quanto nos caracteres cujo uso a China conserva.*²⁸

A distinção entre a construção de um sonho e a de um sintoma nos é dada por Freud (1917 [1916-7]) em *Os Caminhos da Formação dos Sintomas*. Na formação onírica, o propósito regulador pré-consciente é preservar o sono e o descanso, não permitindo que algo que venha a perturbá-lo irrompa na consciência.

Uma parcela de atividade (pré-)consciente exerce um papel de censura, protegendo o sono e permite a formação do *sonho manifesto* em forma de um acordo entre o que ‘pode’ e o que ‘não-pode’ aparecer. Mesmo em sonho, a expressão ou manifestação do material inconsciente é vigiada para preservar o aparelho psíquico. Esse acordo é o que muitas vezes faz do sonho manifesto algo sem sentido. O que só pode ser alcançado, via deciframento, através dos *pensamentos dos sonhos* expressos pelo sonhador, as ‘pistas’ do seu conteúdo inconsciente que ele fornece através de sua fala.

²⁷ DOR, Joël. **Introdução à Leitura de Lacan** O Inconsciente Estruturado como Linguagem, Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p. 16.

²⁸ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem* (26 e 27 de setembro de 1953), **Escritos**, Op. cit., p. 268.

Como a situação de alguém que dorme é menos perigosa do que alguém em vigília, no sentido de não permitir a saída em direção à realidade, a atividade pré-consciente é mais tolerante e a resistência ao escape de libido é mais amena.

No sonho, o processo primário é mais atuante e, portanto mais a serviço do princípio de (des)prazer. Acordados, nos sintomas e em nossas falas, a atividade (pré-)consciente é mais restritiva, conseqüentemente os significados permanecem mais velados do que os que emergem nos sonhos.

O processo secundário está mais atuante juntamente com o princípio de realidade. Na psicose pode ocorrer uma quebra com essa realidade e conteúdos inconscientes podem emergir na fala dos pacientes, em forma de delírio, desvelando uma certa crueza do material inconsciente.

O método preconizado por Freud (1900) para se ter acesso a esses conteúdos inconscientes, simbólicos, do qual o sujeito perdeu o sentido, será o mesmo que já tinha utilizado, após ter abandonado a hipnose, em deslindar certas estruturas psicopatológicas - fobias histéricas, idéias obsessivas e assim por diante: o das ‘associações livres’ onde o paciente adotando uma atitude imparcial perante o que lhe ocorrer, deve dizer tudo o que lhe vier à cabeça.

Esta técnica tornará então possível para Freud, por intermédio da escuta atenta a essa fala sem censura do paciente,

*uma generalização que conduzirá à noção de ‘formação do inconsciente’; em outros termos, a generalização de uma pluralidade de manifestações psíquicas, todas possuindo em comum o caráter de significar outra coisa bem diferente do que significam imediatamente.*²⁹

Lacan irá utilizar elementos da teoria freudiana do sonho, como condensação e deslocamento, para estabelecer a analogia entre o funcionamento dos processos inconscientes e o de certos aspectos da linguagem. “Nisso reside, por si só, um dos argumentos decisivos de Lacan na perspectiva do *retorno a Freud*, ao recolocar no primeiro plano do campo psicanalítico, a dimensão dessa palavra.”³⁰

²⁹ DOR, Joël. **Introdução...** O Inconsciente..., Op. cit., p. 15.

³⁰ Ibid., p. 16.

Daí *A Interpretação dos Sonhos* ser considerada fundamental na psicanálise e a pedra fundamental da obra da Lacan.

*Pois na análise do sonho, Freud não pretende dar-nos outra coisa senão as leis do inconsciente em sua extensão mais geral. Uma das razões pelas quais o sonho foi mais propício a isso está em que, justamente, como nos diz Freud, ele não é menos revelador dessas leis no sujeito normal do que no neurótico.*³¹

O caminho de interpretação dos sonhos proposto por Freud (1900), apesar de dar uma grande importância a alguns elementos simbólicos que seriam as mesmas fontes de todos os sonhos que denomina de ‘típicos’ (sonhar que se está despido, com a morte de pessoas queridas, que se está voando, que se passa por um exame ou prova), passa pela necessária comunicação do paciente dos pensamentos individuais que estão por trás dos seus sonhos (conteúdo latente), via ‘associação livre’: “em geral, não estamos em condições de interpretar um sonho de outra pessoa, a menos que ela se disponha a nos comunicar os pensamentos inconscientes que estão por trás do conteúdo do sonho”³²

Essa disponibilidade subjetiva do paciente de revelar(-se), via linguagem, coloca-se como condição para a clínica psicanalítica e é o que possibilita o trabalho de análise do conteúdo exposto pelo paciente (através de sua fala), a “talking cure”.

Esse oferecimento de palavra ao doente, um sujeito dirigindo-se a outro sujeito, fornecido pela psicanálise de Freud, principalmente em se tratando de seus pacientes histéricos, instaura uma outra dimensão ao sintoma, a dimensão transferencial.

É na relação entre analista e paciente que se estabelece um espaço de transferência, numa via de duas mãos, nas quais os sujeitos em questão se lançam à dimensão significativa do sintoma. Retomaremos a importância da transferência mais adiante, para (re)-situá-la na problemática dos casos clínicos apresentados, como um espaço desvelador dos aspectos inconscientes dos pacientes.

³¹ LACAN, Jacques. *A Instância da Letra no Inconsciente* (14-26 de maio de 1957), **Escritos**, Op. cit., p. 518.

³² FREUD, Sigmund. *A Interpretação dos Sonhos* (1ª parte, 1900), Vol IV, Op. cit., p. 269.

3.1.3. O sintoma em psicanálise

Para Freud (1894), o trabalho defensivo das neuroses é transformar a representação poderosa da experiência traumática numa representação enfraquecida, retirando-lhe o afeto e em orientar, para outros usos, a soma de excitação que teve que se desligar de sua fonte verdadeira por essa ser ameaçadora à estrutura psíquica.

Freud (1894) nos diz em *As Neuropsicoses de Defesa* que corresponde aos desenvolvimentos metapsicológicos da primeira tópica e da sua primeira teoria das pulsões:

*Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento.*³³

Nessa primeira tópica, o sujeito procura modos de se defender desses conteúdos que o ameaçam através do recalque (“Verdrangung”). Para Freud (1894), o sintoma neste momento de sua teorização é o retorno do recalcado, do que se tornou inconsciente, mas continuou produzindo efeitos por não poder deixar de existir no aparelho psíquico e clamar por expressão. O sintoma é o fracasso do recalçamento que se fosse eficaz o suficiente, não deixaria conteúdos inconscientes forçarem passagem à consciência por intermédio do somático, motor.

Vemos como a noção de recalque surge aqui como correlativa da de inconsciente, associada à defesa que produziria o sintoma. Na parte I do *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1950) utiliza defesa e recalçamento como sinônimos: “É mais difícil explicar a ‘defesa’ primária **ou** recalçamento”³⁴ (grifo nosso). A noção de recalque ou repressão aparece mais claramente distinta de mecanismo defensivo em 1915 em *Repressão*:

³³ FREUD, Sigmund. *As Neuropsicoses de Defesa* (1894), Vol III, Op. cit, p. 55.

³⁴ Idem, *Projeto para uma Psicologia Científica* (1950 [1985]), Vol I, p. 374.

*Ademais, a observação psicanalítica das neuroses de transferência leva-nos a concluir que a repressão não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início; que ela só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente; e que a essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinada coisa do inconsciente, mantendo-a à distância.*³⁵

Com *Inibição, Sintoma e Ansiedade* Freud (1926) faz modificações em alguns de seus pontos de vista anteriores e sobre repressão e defesa reconsidera que a relação entre ‘processo defensivo’ e ‘repressão’ continuou incerta ao longo dos 30 anos anteriores.

As suas primeiras observações de repressão e formação de sintomas foram feitas em relação com a histeria e ele concluiu que o ‘manter-se afastado da consciência’ constitui uma característica principal da repressão histérica (‘o histérico sofre de reminiscências’), mas que nas neuroses obsessivas não ocorre esse esquecimento, mas um isolamento das lembranças penosas como defesa.

Com isso ele reintroduz o conceito de ‘defesa’ para abranger todos os processos que tenham a mesma finalidade: “a proteção do ego contra exigências instintuais”³⁶ e classifica a repressão ou recalque como um caso especial de defesa³⁷. Outras defesas poderiam atuar em doenças específicas e para isso reserva o termo “como uma designação geral de todas as técnicas das quais o ego faz uso em conflitos que possam conduzir a uma neurose”³⁸.

No Vocabulário de Psicanálise de Laplanche & Pontalis (1998) há a referência de um triplo registro metapsicológico da operação de recalque³⁹:

- Do ponto de vista ‘tópico’ – na primeira teoria do aparelho psíquico é a censura que fornece o modelo da instância recalcante. Na segunda tópica, o recalque é uma operação defensiva do ego;

³⁵ Idem, *Repressão* (1915), Vol XIV, p. 152.

³⁶ Idem, *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926[1925]), Vol XX, p. 159.

³⁷ “Uma representação recalçada constitui por si mesma um primeiro ‘núcleo de cristalização’ que pode atrair outras representações insuportáveis sem que intervenha forçosamente uma intenção consciente. Assim, a operação do recalque tem em si mesma a marca do processo primário. É justamente isso que a especifica como defesa patológica relativamente a uma defesa normal do tipo evasiva, por exemplo.” LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário...**, Op. cit., p. 432.

³⁸ FREUD, Sigmund, *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926[1925]), Vol XX, Op. cit., p. 158.

³⁹ LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário...**, Op. cit., p. 433.

- Do ponto de vista econômico – o recalque supõe um mecanismo de desinvestimentos, reinvestimentos e contra-investimentos nos representantes da pulsão. O sintoma como representante substituto dessa energia que pôde se expressar sob outra forma;
- Do ponto de vista dinâmico – o problema é o dos *motivos* do recalque: como uma pulsão que geraria prazer acaba por suscitar desprazer e desencadeia o recalque. O sintoma como repressão de um instinto ou afeto.

Freud (1926), em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* apresenta uma outra dimensão econômica do sintoma, além de ser esse efeito do recalque que já vimos: “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma conseqüência do processo de repressão”.⁴⁰ Se a satisfação tivesse se expressado diretamente, não teria dado lugar ao sintoma, e se este não for suficiente para a descarga da energia, necessitará de outros substitutos.

O sintoma aparece também como uma solução de compromisso entre a fantasia inconsciente - o desejo – afeto aflitivo, e a tentativa de defesa contra ele, que se torna reprimido em sua atuação consciente, em sua representação. Ocariz (2000) assim expõe sobre o sintoma como formação do inconsciente:

*Sendo assim, podemos ter acesso ao inconsciente a partir de seus efeitos. O sintoma é um produto do recalque, é um retorno do recalçado. Por esta razão, Freud afirmou que o sintoma é uma satisfação de desejo, uma forma substitutiva de satisfação do desejo sexual infantil recalçado. Mas que está também a serviço da defesa; é uma formação de compromisso que amalgama na sua rede a defesa (o agente do recalque) e o recalçado. Utiliza-se dos mesmos mecanismos de qualquer formação do inconsciente: condensação, deslocamento e figurabilidade.*⁴¹

⁴⁰ “A repressão se processa a partir do ego quando este – pode ser por ordem do superego – se recusa a associar-se com uma catexia instintual provocada pelo id.” FREUD, Sigmund, *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926[1925]), Vol XX, Op. cit., p. 95.

⁴¹ OCARIZ, Maria Cristina. *O Sintoma para além da Significação* in FUCKS, Lácia Barbero & FERRAZ, Flávio Carvalho (org.). **A Clínica Conta Histórias**, São Paulo, Escuta, 2000, p. 37-8.

Há uma tentativa, por via do recalçamento, de solucionar o conflito entre a pulsão e a consciência. Essa tentativa é fracassada e daí surge o sintoma. Fracassa, porque a libido, que não pode se satisfazer na realidade, tenta regredir, mas essa regressão também se apresenta como uma ameaça, visto lançar o sujeito nas representações pulsionais infantis (desejos e erotismo) cujo acesso teve que ser bloqueado. Não podendo livremente regredir, a libido pode tentar pontos de fixação nesses acontecimentos regados de intensos desejos sexuais infantis.

Observamos esses pontos de fixação infantis nos comportamentos infantilizados de neuróticos, diante de situações de perigo, ansiedade, medo, etc. Del Volgo (1998) assim explicita:

*Como a de regressão encontra-se bloqueada, a libido tenta escapar numa direção em que sua reserva de energia poderá ser gasta segundo as exigências do princípio do prazer, e é então que se produz uma formação de compromisso, o sintoma psiconeurótico, substituto da idéia recalçada.*⁴²

A tentativa é buscar satisfação, ou evitar a insatisfação, por outras vias, mas com o fracasso do recalçamento a solução é sintomática, também acompanhada de sofrimento, mas devemos ressaltar, com certa satisfação da libido que vai utilizar dos processos inconscientes de deslocamento e condensação para continuar se expressando. O que aparece como sintoma é, claro, uma modificação, uma deformação para tornar suportável a representação insuportável recalçada.

Trata-se aqui do que é recalçado secundariamente⁴³. Falamos de recalque secundário justamente porque algo, primariamente, deve ter sido recalçado. No artigo *Repressão* Freud (1915) refere-se a uma ‘repressão primeva’ (“Urverdrängung”⁴⁴), “o momento fundante do processo de recalque propriamente dito”⁴⁵, a partir do qual se seguem todos os outros recalques (os que Freud designa como “recalques propriamente ditos”). A fase de repressão posterior

⁴² DEL VOLGO, Marie-José. Op. cit., p. 74.

⁴³ Que corresponde ao inconsciente freudiano da primeira tópica.

⁴⁴ A palavra “Urverdrängung” contém o prefixo ur-, utilizado para designar a ancestralidade e o fato de ser o primeiro de uma linhagem; é um termo de certa solenidade mítica e, até certo ponto, é surpreendente seu emprego neste contexto (o pai original ou pai primevo na horda descrita em Totem e Tabu (1912-3) é o “Urvater”. HANNS, Luiz, **Dicionário Comentado do Alemão de Freud**, Rio de Janeiro, Imago, 1996, p. 365.

⁴⁵ Ibid., p. 365.

(“Verdrängung”) consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico do instinto⁴⁶. Dez anos mais tarde em *Inibição, Sintoma e Ansiedade*, Freud (1925) se refere aos estados afetivos como precipitados de experiências traumáticas primeiras, portanto constituintes do sujeito e que, quando ocorre situação semelhante, são revividos como símbolos mnêmicos.

Referindo-se ainda a ansiedades primitivas, que acontecem antes da diferenciação do superego e portanto, anteriores ao Complexo de Édipo, podemos nos referir ao ‘desamparo inicial’ do ser humano⁴⁷, o estado de impotência total, a angústia da separação mãe-bebê e o desmame. Para Safouan (1989), “podemos dizer que a angústia já começa muito cedo, desde que a mãe é apreendida como fonte de demanda, sim, como grande Outro. Nesse caso podemos dizer que essa angústia está na fonte do recalque primário”⁴⁸.

O recalque primário é um mecanismo fundante do sujeito e nunca poderá ser levantado nem suprimido. Como Freud (1926) mesmo diz: “a maioria das repressões com as quais temos de lidar em nosso trabalho terapêutico são casos de pressão *posterior*”⁴⁹. No artigo *Repressão* ele assim se refere:

*A segunda fase da repressão, a repressão propriamente dita, afeta os derivados mentais do representante reprimido, ou sucessões de pensamento que, originando-se em outra parte, tenham entrado em ligação associativa com ele. Por causa dessa associação, essas idéias sofrem o mesmo destino daquilo que foi primeiramente reprimido. Na realidade, portanto, a repressão propriamente dita é uma pressão posterior.*⁵⁰

⁴⁶ “É importante assinalar que Freud trata de encontrar, de modo preciso, a marca desses *acontecimentos primeiros*, mesmo sabendo que eles, por definição, são incessáveis e só se manifestam a partir do recalque secundário. Para que o recalque secundário se instale, é necessária a existência desses conteúdos recalcados primários que atuam como um ímã, que atraem ou sugam os conteúdos posteriores para serem submetidos ao recalque. Nessa medida, o recalque originário é a primeira inscrição e a primeira fixação. (...)” SIGAL, Ana Maria. *Francis Bacon e o Pânico: uma falha no recalque primário* in FUCKS, Lácia Barbero & FERRAZ, Flávio Carvalho (org.). **A Clínica Conta Histórias**, São Paulo, Escuta, 2000, p. 227.

⁴⁷ O desamparo infantil (motor e psíquico) implica uma abertura desde o início do bebê para o mundo adulto. Esse encontro primordial inscreve-se definitivamente como processo de desejo. O desejo surge no mesmo lugar onde anteriormente tinham-se manifestado o desamparo e a impotência. (COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. **Pânico e Desamparo**: um estudo psicanalítico. São Paulo, Escuta, 1999, p. 136-7)

⁴⁸ SAFOUAN, Moustapha, Op. cit., p. 60.

⁴⁹ FREUD, Sigmund, *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926[1925]), Vol XX, Op. cit., p. 97.

⁵⁰ Idem., *Repressão* (1915), Vol XIV, p. 153.

Temos na obra de Freud três momentos do recalque: O recalque originário, que não tem acesso à consciência por estar associado a um período caracterizado por amnésia; o recalque propriamente dito, a posterior, das representações insuportáveis; e o “retorno do recalcado” sob a forma de sintomas, sonhos, lapsos, etc. O terceiro momento daria pistas do segundo, da representação recalçada que traria o traço mnêmico preso ao recalque originário. Esses três momentos nos mostram o que seria a construção defensiva do sintoma, preso num traço originário.

São os mesmos momentos que constroem os sonhos, os lapsos, as inibições, os chistes, etc. Como uma construção subjetiva se torna patológica e a especificidade dessa patologia, como é o caso dos sujeitos com disfunção erétil, é o propósito de nosso trabalho desvendar.

Vale ressaltar aqui que temos, atualmente, dentro do que é considerado como teorias pós-freudianas, diferentes posições quanto ao que é considerado como defesa. Para Freud (1915), o indivíduo se defenderia dessas representações insuportáveis e carregadas de afeto e das intensidades pulsionais, recalçando-as.

Defesa não é sintoma e isso Freud (1895) admite ao diferenciar defesa patológica de defesa normal no *Projeto*. Mas suas reformulações de recalque e defesa, ao longo de sua obra abrem espaço para considerações sobre como situar o sujeito e seu sintoma-defesa-recalque.

Checchinato (1989) na introdução do livro “Seminário: angústia – sintoma – inibição” de Safouan (1989), assim se refere à relação sujeito-sintoma:

*Então o que é o sujeito? Exatamente o que o sintoma oculta. O sintoma é um bem do sujeito e bem para o sujeito. Ele só se constitui porque não havia maneira de o sujeito sobreviver diante de uma representação insuportável. O sintoma é uma saída de saúde. Momentânea, precária, mas a única que pode garantir certa ordem ao sujeito. Mesmo no psicótico, o sintoma, ou alucinação, ou delírio, ou depressão lhe garante o equilíbrio lábil.*⁵¹

⁵¹ CHECHINATO, Durval. Introdução. In SAFOUAN, Moustapha, **Seminário** : ,angústia, sintoma, inibição. 2 ed. Campinas, SP, Papirus, 1989, p. 23

Calligaris (1989)⁵², em termos de pensamento lacaniano, assume que qualquer estruturação subjetiva é uma estruturação de defesa, fundamental contra o que seria imaginariamente o destino do sujeito se ele não se defendesse se estruturando como sujeito, ou seja, seria um corpo, objeto da demanda imaginária do **Outro** que se perderia como objeto de gozo do **Outro**. Trataremos disso mais adiante.

3.1.4. Impotência: Sintoma psicossomático?:

Para Lacan (1953), o sintoma como defesa não se trata ‘apenas’ de um erro de representação como colocado por Freud, mas há uma dimensão da verdade no sintoma, a verdade que perturba a boa ordem, instituindo para o sujeito um enigma de si mesmo, a verdade do inconsciente. É pelo deciframento do segredo do sintoma que o sujeito recupera a lembrança de sua história.

Esse é um dos motivos que, em sintomas psicossomáticos, quando se cura o órgão sem se atingir aquela inscrição significativa que queriam expressar via disfunção, o sintoma-enigma migra procurando uma nova forma de simbolização, seja em outro órgão ou em palavras e atos⁵³.

Existem diversas concepções sobre as doenças psicossomáticas e não é o nosso intuito desenvolver este tema, mas queremos nos situar nesta questão que necessariamente cruzamos ao indagar sobre a disfunção erétil de causa psicogênica ou mista, como comumente os diagnósticos se referem. Del Volgo(1999) diz que todas as concepções psicogênicas fazem valer a função preventiva da mãe satisfatória, continente e orientada para os cuidados da criança. Winnicott (1964) fala da clivagem na organização do ego, e de dissociações múltiplas, que constituiriam a verdadeira doença. O distúrbio psicossomático teria relação com um ego frágil e o recurso às clivagens estaria relacionado com uma clivagem na personalidade do paciente.

⁵² CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p. 13-4.

⁵³ Sobre psicossomática Dejours, a partir da proposição freudiana do inconsciente constituído pelo material recalado e por traços filogenéticos, concebe uma topologia para o aparelho psíquico, onde o inconsciente é clivado e as diferenças entre os elementos dessa clivagem estariam relacionadas às diferenças sintomáticas. DEJOURS, Christophe. **Repressão e Subversão em Psicossomática**. Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo (1989). Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

Apesar do modelo de conversão somática da histeria ser utilizado na conceituação dos fenômenos psicossomáticos, recentemente, muitos admitem a doença somática como algo distinto da histeria⁵⁴.

Freud (1917), refere-se a uma preferência pelas somatizações que fariam parte dos sintomas histéricos, sem contudo, afirmar que todos os sintomas histéricos sejam a expressão somática da excitação recalcada.

*A análise nos mostra que, pela condensação e pelo deslocamento, o sintoma tornou-se satisfação substitutiva de toda uma série de fantasias e recordações libidinais. Mas essa dor, em determinada época, era também uma dor real e era, então, um sintoma sexual-tóxico direto, expressão somática de uma excitação libidinal. Longe estamos de afirmar que todos os sintomas histéricos contém um núcleo dessa espécie. Mas persiste o fato de que este é, com especial freqüência, o caso, e que quaisquer influências somáticas (normais ou patológicas) causadas por excitações libidinais são preferidas na construção dos sintomas histéricos.*⁵⁵

Vários autores psicossomáticos apontam para a necessidade de uma perspectiva evolutiva genética, considerando inseparável o desenvolvimento psicoafetivo do biológico. Não necessariamente isso implica uma visão psicogenética, mas a concepção de que “tanto os distúrbios psíquicos como os orgânicos são expressões de falhas no processo fundamental de adaptação.”⁵⁶

A doença somática nos remeteria mais intensamente àquela clivagem que Winnicott se refere. Ao se situar no campo da medicina, o sintoma psicossomático se conceitualiza em termos etiopatogênicos e pode ficar reduzido a um modelo do tipo deficitário (há um déficit no paciente que responderia pela etiologia da somatização). “As aporias da concepção psicossomática determinada pelos embaraços dos pontos de vista etiopatogênicos levam ao modelo deficitário para poder se pensar uma psicopatologia da somatização”⁵⁷.

⁵⁴ Marcelo Rubens Volich no livro **Psicossomática** (São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000) cita Ferenczi, F. Deutsch e Alexander como os que demonstraram as limitações do modelo da histeria para compreender os sintomas orgânicos. Na França cita G. Parcheminey e M. Ziwar que questionam a idéia de psicogênese e de conversão como modelo explicativo. (p. 102-3).

⁵⁵ FREUD, Sigmund. *Conferência XXIV – O Estado Neurótico Comum* (1917 [1916-17]), Vol. XVI, Op. cit., p. 391.

⁵⁶ Visão que Volich (2000) considera de Ziwar (1949) e cita em seu livro (p. 103).

⁵⁷ DEL VOLGO, Marie-José. Op. cit., p. 120.

Quando nos referimos ao sintoma de disfunção erétil, esta “entidade multifatorial associada a inúmeros fatores de risco”⁵⁸ segundo o I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil (1998) na qual na maioria dos pacientes a combinação de componentes orgânicos e psicogênicos está presente, como nos situar diante da questão psicossomática?⁵⁹ Ainda mais relevante se torna clarificar nosso posicionamento frente os casos de etiologia psicogênica em que outros fatores não podem ser identificados.

Colocamo-nos na perspectiva apontada por Volich (2000), segundo a qual, diante de qualquer profissional de saúde, o paciente apresenta, incrustado em seu sintoma, seu desamparo. A doença revela e ao mesmo tempo alimenta a fragilização de todo funcionamento psicossomático. Nesse caso, o paciente pode se beneficiar de um acompanhamento terapêutico para a elaboração de seu sofrimento psíquico subjacente ao somático.

A abordagem médica clássica tem a dificuldade de considerar o processo da doença como uma dinâmica integrada (fatores biológicos, afetivos e sociais) bem como os psicanalistas têm dificuldades em olhar para a doença não conversiva como necessitando de uma abordagem diferente das utilizadas nas dinâmicas neuróticas. Quanto nos beneficiaríamos do diálogo entre os campos de saberes... Nosso posicionamento concorda com o que Volich (2000,) aponta:

Qualquer sintoma, mental ou somático, é, antes de tudo, uma manifestação do sofrimento do sujeito, uma demanda oriunda das marcas de seu desamparo mais fundamental e inevitavelmente dirigida para o outro. Independentemente de sua etiologia ou de sua forma, o sintoma e a doença são por eles mesmos perturbadores do equilíbrio da economia psicossomática, pela ameaça que eles representam para a integridade do indivíduo, podendo promover ou alimentar o torvelinho regressivo, e mesmo intensificar uma desorganização. .⁶⁰

⁵⁸ DAMIÃO, Ronaldo, GLINA, Sidney, JARDIM, Carlos Roberto, TELÖKEN, Claudio (Org.) ., Op. cit., p. 13.

⁵⁹ Esse tema foi apresentado no XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática em abril de 2001 e cujo abstract encontra-se publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Aspectos psíquicos da mobilidade do sintoma no tratamento da disfunção erétil. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática**, São Paulo, 28 de abril a 1º de maio de 2000, 51p.

⁶⁰ VOLICH, Rubens. Op. cit., p. 151.

No caso de pacientes com disfunção erétil, observamos como a eliminação farmacológica do sintoma possibilita que novas demandas psíquicas se instaurem no trabalho psicoterapêutico. A recuperação da potência sexual pode instaurar outras queixas, sejam somáticas e/ou psíquicas, possibilitando ao paciente refocalizar suas demandas, suas insatisfações, suas dores (físicas e psíquicas), antes todas centralizadas na incapacidade desse órgão tão importante para o dinamismo masculino e, por isso mesmo, polarizador de todas as queixas.

Quando nos vemos diante do que poderíamos denominar de ‘migração’ do sintoma, é como se a doença se fizesse ouvir pelas suas diversas manifestações sintomáticas. Nesse sentido, para a psicanálise o sintoma aparece como secundário e, portanto, a própria noção de ‘cura’ é relativizada, isto é, reconhecer, assumir e conviver com os sintomas -longo trajeto terapêutico- pode ser a ‘cura’ de muitos pacientes.

O deciframento a que nos propomos, na análise desses homens, não focaliza a remissão sintomática, mesmo porque a medicação pode nos garantir boa eficácia ‘mecânica’ com relação à capacidade erétil. Propomo-nos um acesso à verdade do sujeito, essa que Lacan (1953,1957) se refere como a verdade de seu inconsciente, que teve que se erigir de forma tão sofrida e que deixou marcas corporais como “souvenirs” daquilo que não pôde ser elaborado.

Em *Os Caminhos da Formação dos Sintomas*, Freud (1917) esboçava a supremacia da doença-enigma e sua capacidade de expressão, como aquilo que insiste em se fazer ouvir no sujeito: “A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas”⁶¹.

Na perspectiva de que o sintoma pode ser aquilo que garante certa ordem no sujeito, por isso nos referimos ao ‘sujeito-sintoma-impotente’, ordem “inevitável e necessária para o funcionamento do psiquismo humano”⁶², a defesa é o que garante a sobrevivência subjetiva.

⁶¹ FREUD, Sigmund. *Conferência XXIII - Os Caminhos da Formação dos Sintomas* (1917[1916-7]), Vol XVI, Op. cit., p: 361

⁶² OCARIZ, Maria Cristina. Op. cit., p. 35.

A questão que perdura é de como pode se dar essa sobrevivência, situada em algum ponto entre o que pode ser considerado saudável e doentio, isto é, como nossas defesas aos nossos conflitos inconscientes nos lançam, em diferentes fases de nossas vidas, a dimensões mais ou menos saudáveis ou patológicas?

McDougall (1997), refere-se à sexualidade humana como inerentemente traumática. Os conflitos psíquicos iniciam-se com nosso primeiro relacionamento sensual, na relação mãe-bebê, no qual os impulsos eróticos e sádicos estão fundidos (mundo interno de pulsões instintivas primitivas).

A diferenciação do outro materno, o reconhecimento da alteridade, surge a partir da frustração, da fúria e de uma forma primitiva de depressão que todo bebê vivencia em relação ao objeto primordial. A tensão que emana da dicotomia amor-ódio, “com seu potencial depressivo, impele à eterna busca de resolução e, de fato, proporciona um substrato vital e sempre presente em todas as formas de amor e sexualidade adultos”⁶³.

Igualmente traumática é a descoberta da diferença entre os sexos, a aceitação da monossexualidade, com a conseqüente renúncia dos anseios bissexuais e a crise edipiana. Dos avatares ‘traumáticos’ de nosso desenvolvimento psicosssexual, buscamos resoluções. McDougall (1997), assim se refere a um analisando e sua sintomatologia: “que importa como o rotulemos? Digamos que ele é apenas um ser humano tentando sobreviver psiquicamente, por meio de todos os recursos à sua disposição”⁶⁴.

Por mais atemorizante que seja, o sintoma é aquilo que se apresenta como a solução psiquicamente viável à desestabilização do sujeito como um todo, sendo, portanto, o que organiza, de uma forma muito singular e não sem dor, toda a estruturação psíquica do indivíduo: uma ‘dor-menor’ face ao sofrimento insuportável, ao desespero, ao nada. Àquilo que mais adiante conceituaremos como gozo. “A neurose é uma maneira ruim de nos defendermos, a maneira imprópria que inadvertidamente empregamos para nos opormos a um gozo inconsciente e perigoso”⁶⁵.

⁶³ Mc DOUGALL, Joyce. **As Múltiplas Faces de Eros**. Uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo, Martins Fontes, 1997, IX (prefácio).

⁶⁴ Ibid., p. 229.

⁶⁵ NASIO, Juan-David. **A Histeria**. Teoria e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991, p. 20.

Ao nos referirmos a DE, voltamo-nos necessariamente ao sujeito, esse homem ocultado pelo sintoma, súdito de uma disfunção que coloca em questão sua sexualidade e, conseqüentemente, sua própria masculinidade. A seguir, situaremos a masculinidade dentro das questões psicanalíticas de ‘identidade de gênero’, para iniciarmos a discussão sobre o que pode estar concorrendo subjetivamente e pode ser colocado em questão, para o homem com dificuldades eréteis⁶⁶.

⁶⁶ Esta discussão foi apresentada como simpósio no 15th World Congress on Sexology em Paris em junho de 2001 cujo abstract se encontra publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Erectile dysfunction and psychopathology: one question for the masculinity. **Abstract Book 15th World Congress of Sexology**, Paris, France, Regimedia, June, 2001.

CAPÍTULO 3.2: MASCULINIDADE: O HOMEM EM QUESTÃO

*E agora, José?
A festa acabou,
A luz apagou,
O povo sumiu,
A noite esfriou,
E agora, José?
E agora, Você?
Você que é sem nome,
que zomba dos outros,
Você que faz versos,
Que ama, protesta?
E agora, José?*

*Está sem mulher,
Está sem discurso,
Está sem carinho,
Já não pode beber,
Já não pode fumar,
Cuspir já não pode,*

*A noite esfriou,
O dia não veio,
O bonde não veio,
O riso não veio,
Não veio a utopia
E tudo acabou
E tudo fugiu
E tudo mofou,
E agora, José?
E agora José?
Sua doce palavra,
Seu instante de feber,
Sua gula e jejum,
Sua biblioteca,
Sua lavra de ouro,
Seu terno de vidro,
Sua incoerência,
Seu ódio, - e agora?*

*Com a chave na mão
Quer abrir a porta, não existe porta;
Quer morrer no mar,
Mas o mar secou;
Quer ir para Minas
Minas não há mais.
José, e agora?*

*Se você gritasse,
Se você gemesse,
Se você tocasse,*

*A valsa vienense,
Se você dormisse,
Se você cansasse,
Se você morresse...
Mas você não morre,
Você é duro, José!*

*Sozinho no escuro
Qual bicho do mato,
Sem teogonia,
Sem parede nua
Para se encostar,
Sem cavalo preto
Que fuja do galope,
Você marcha, José!
José, para onde?*

José Carlos Drummond de Andrade

3.2.1. Mudanças conceituais: a certeza do que em breve não será mais certo

Para iniciar um estudo do que podemos hoje situar como a masculinidade, gostaríamos de ressaltar a importância de estudos continuados na área da sexualidade humana e de seus aspectos sociais e históricos, visto compreender que, somente poderemos buscar um saber sobre práticas atuais, normativas ou desviantes, se nos colocarmos na perspectiva de que o ser humano se constituiu como tal, ao longo de uma trajetória histórica, que o coloca como ser de relação, isto é, ser social.

Para Freud (1913), o estudo da psicologia das neuroses é importante para a compreensão do desenvolvimento da civilização, bem como as neuroses, por um lado, apresentam pontos de concordância notáveis e de longo alcance com as grandes instituições sociais como a arte, a religião e a filosofia. Por outro lado, parecem como se fossem distorções delas¹.

O estudo dos aspectos sociais e culturais que fundam ou influenciam nossas atitudes e conceitos atuais nos auxiliam na compreensão dos aspectos subjetivos introjetados por cada indivíduo e, portanto, únicos.

Atenta-se para o modo como os modelos repressivos das condutas humanas foram aos poucos se transformando, ao longo da história, de um aspecto relacionado a fatores éticos, como para os gregos antigos, para posteriormente higienistas, com o advento das sociedades modernas e o avanço da Biologia e da Medicina, para finalmente morais e religiosos, principalmente a partir da Idade Média. Atualmente, num contexto em que tudo se relativiza, fala-se de uma necessidade ética que possa intermediar as relações humanas.

A visão psicanalítica do homem passa por uma questão de determinismo que, ao longo dos anos, também tem sido reformulada. Figueiredo (1991) coloca o determinismo freudiano como um determinismo funcional em que tudo tem uma função, tudo tem um sentido que poderia ser decifrado.

¹ FREUD, Sigmund. *Totem e Tabu* (1913 [1912-3]), Vol. XIII, Op.cit., p. 85

A decifração do significado insere-se numa velha tradição hermenêutica da mística, da teologia e da filologia – como se tem enfatizado recentemente; deve-se atentar, contudo, para o fato de que a tarefa interpretativa em Freud ocupa espaço aberto pelo determinismo funcional que impõe uma decifração de sentido e uma identificação de intencionalidade, mesmo aonde os eventos parecem seguir uma causalidade mecânica ou ocorrer aleatoriamente. Nestes casos supõe-se uma intencionalidade inconsciente e um sentido encoberto (latente).²

A ênfase da psicanálise sobre a existência do conflito a afasta, contudo, das manifestações mais típicas do funcionalismo que enfatizam a harmonia e a complementaridade dentro de um sistema adaptativo. Para a psicanálise, o conflito é uma determinação essencial da vida psíquica: “em primeiro lugar, o conflito entre forças pulsionais antagônicas; logo em seguida, o conflito entre as forças biológicas e as barreiras físicas e sociais à sua plena e imediata satisfação”³. Essa dimensão da vida psíquica afasta a psicanálise do funcionalismo adaptativo abrindo uma perspectiva estrutural de focalização do indivíduo⁴.

Nos Estados Unidos, o ponto de vista funcional adaptativo esteve dominante na assimilação da psicanálise, atribuindo maior autonomia ao ego em relação ao id e dando-se ênfase na adaptação do indivíduo a seu meio. Esse movimento foi associado a Hartmann e a Rapaport e facilitou a integração da psicanálise inclusive à psicologia experimental dentro das validações das ciências naturais:

O conflito entre o ‘natural’ e o ‘social’, entre instinto e civilização – insolúvel segundo Freud – e que era reproduzido sob a forma intrapsíquica de um conflito entre o id, o ego e o superego, tende a dar lugar a uma dinâmica de ajustamento sob a regência do ego.⁵

² FIGUEIREDO, Luiz Cláudio Mendonça. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1991, p. 96-7.

³ Ibid., p. 99.

⁴ Epistemologicamente, uma estrutura é, antes de tudo, um *modelo abstrato*, no caso; a) um *conjunto* de elementos; b) *leis de composição internas* aplicadas a esses elementos. Freud introduzindo o princípio da *causalidade psíquica* no campo psicopatológico de sua época, já aderiu à idéia de uma abordagem estrutural. A metapsicologia freudiana lança raízes continuamente em três dimensões fundamentais que constituem os *pontos de vista tópico, dinâmico e econômico*. Esses três registros circunscrevem o substrato que inscreve o conjunto das pesquisas freudianas em uma concepção estrutural. (DOR, Joël, **Estrutura e Perversões**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1991, 50-5).

⁵ FIGUEIREDO, Luiz Cláudio Mendonça, Op. cit., p. 99.

O desenvolvimento da chamada “psicologia do ego”, principalmente nos Estados Unidos, possibilitou que as novas tendências cognitivas e comportamentais, desenvolvidas principalmente após a Segunda Guerra Mundial, estabelecessem um diálogo com as teorias psicodinâmicas que estavam sendo sobrepujadas com o avanço farmacológico e as novas técnicas de terapia que forneciam resultados a curto prazo.

Nessa perspectiva, e sobre os transtornos psiquiátricos, psicopatologia e disfunções sexuais, citamos o trabalho de Kaplan (1980), psicanalista americana que se utilizou dos conhecimentos adquiridos pela pioneira teoria comportamental de Masters & Johnson (1965, 1984) sobre sexualidade humana para estabelecer métodos terapêuticos, também pioneiros, principalmente para tratamento de desejo sexual hipoativo⁶.

A autora faz uma ‘combinação’, nem sempre bem vista por pensadores e psicanalistas mais ortodoxos, das abordagens psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais para elaborar sua atuação clínica e intervenção⁷. Numa visão positiva dessa adaptação e combinação de teorias, podemos citar o comentário de Cooper (1999) na Introdução do livro de Kaplan (1999) sobre os transtornos de desejo sexual:

*A Dra. Kaplan utiliza o seu conhecimento psicanalítico e experiência clínica como guia para um uso mais eficiente de técnicas cognitivas e comportamentais, não visualizando, inteligentemente, nenhum conflito entre os diferentes pontos de vista.*⁸

Como já exposto, a questão que se colocou nos Estados Unidos foi a do ego, o corpo assumindo o debate entre as teorias sexuais. As questões da primazia do inconsciente cederam a uma visão mais pragmática das práticas *psi*, principalmente no último quarto do século passado. Esta tendência ao pragmatismo, enquanto filosofia antiespeculativa, difundiu no espírito americano um sentido utilitário que tende a afastar os problemas mais abstratos da velha metafísica em prol do êxito pessoal. Para Sanches Vasquez (1999),

⁶ KAPLAN, Helen. **Transtornos do Desejo Sexual**. Regulação disfuncional da motivação sexual. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

⁷ KAPLAN, Helen. An integrated approach to brief sex therapy in MARMOR, J. & WOODS, S.M.. **The Interface Between the Psychodynamic and Behavior Therapies**. New York, Plenum, 1980.

⁸ COOPER, Arnold M. Prefácio in KAPLAN, Helen. **Transtornos do Desejo Sexual**, Op. cit., p. 18.

O pragmatismo caracteriza-se pela sua identificação da verdade com o útil, no sentido daquilo que melhor ajuda a viver e a conviver. No terreno da ética, dizer que algo é bom equivale a dizer que conduz eficazmente à obtenção de um fim, que leva ao êxito. Por conseguinte, os valores, princípios e normas são esvaziados de um conteúdo objetivo, e o valor do bom – considerado como aquilo que ajuda o indivíduo na sua atividade prática – varia de acordo com cada situação.⁹

Numa sociedade otimizada para o êxito, necessariamente devemos nos voltar para os efeitos inevitáveis do que se pode chamar a terceirização da economia, em que os sujeitos precisam trabalhar sem parar, num investimento narcísico de autoconservação e na qual as individualidades são dispersas e as problemáticas da alteridade são afastadas.

Como situar a sexualidade dentro da otimização tecnológica do consumo, no qual o “cybersex” e as tecnologias priorizam a cultura do narcisismo? Birman (1997) assim ilustra sobre essa modernidade:

Não seria possível assim estar com os outros, comer e fazer amor, pois a sobrevivência da máquina orgânica e funcional seria primordial. Não posso “perder” o meu tempo com o amor, com o desejo e com a sensorialidade, mas maximizar pragmaticamente a produtividade do trabalho para uma sobrevivência confortável, parece nos dizer essa nova modalidade de agentes sociais.¹⁰

Há uma tensão de vários discursos¹¹ sobre o tema da tecnologização da sexualidade e que questionam o que seria uma narcisização da sociedade, refletindo-se nas relações interpessoais que se tornam cada vez mais evanescentes e egoístas. A “psycopathia sexualis” de Krafft-Ebing (1969) está nas páginas de revistas como o que faz parte do sexo e daquilo que todos deveriam saber para magnificar sua sexualidade, principalmente se ela estiver mais apática. Aliás, a apatia que gera baixo desempenho na vida, em geral, é algo que definitivamente deve ser eliminado dos comportamentos e o número de alternativas remediativas e de prescrições de antidepressivos atesta a seu favor. Lacôte (1998) ilustra o ideal contemporâneo de ‘bem-estar’ no qual o desejo sexual pode representar uma perturbação:

⁹ SÁNCHEZ VÁSQUEZ, Adolfo. *Ética*, 19 ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999, p. 288.

¹⁰ BIRMAN, Joel. *Estilo e Modernidade em Psicanálise*. São Paulo, Ed. 34, 1997, p. 226.

¹¹ Citamos os nomes de Jurandir Freire Costa, Antony Guiddens, Richard Sennet, Paulo Roberto Ceccarelli, Jacques Le Rider, Contardo Calligaris, Maria Rita Kehl, Jean Claude Guillebaud, entre outros.

*O famoso bem-estar deveria confundir-se com o sexual. Na falta do sexual, busca-se o bem-estar, da talassoterapia às drogas ditas, sutilmente, leves. Porém, mesmo assim, o ideal contemporâneo seria de que isso se confundisse. O outro terá, portanto, se tornado tão perigoso que se deva opor as termas e as massagens ao encontro sexual? Não se trata aí de um ideal de purificação; trata-se muito mais de não se deixar ferir o bem-estar pelo inevitável desequilíbrio que o desejo sexual traz a um gozo que se queria todo.*¹²

3.2.2. Crise da masculinidade

Vários autores se referem a uma crise masculina, na opinião de muitos introduzida pela ascensão econômica e cultural feminina e que já se arrasta há vários anos, em relação às referências sociais da masculinidade, às quais geralmente os homens não conseguem corresponder¹³, o que estaria gerando angústia – em ambos os sexos.

Com as modificações nos papéis femininos, a mulher passou a solicitar um homem que estivesse mais de acordo com essas mudanças, ou seja, um homem com características que antes não eram exigidas; ao mesmo tempo, a mulher continuou exigindo determinadas reações do modelo tradicional de homem-macho, instituindo contradições quanto ao comportamento masculino desejado.

Houve uma crescente perda do poder econômico e social dos homens em virtude da competição no mercado de trabalho com as mulheres, da situação mundial do capitalismo e da economia, da informatização, etc. Houve uma mudança acentuada nos valores sócio-culturais, com um crescente individualismo, generalização de papéis e atitudes, pluralidades de éticas e normas; vivemos uma crise no plano do trabalho com reorganização da mão-de-obra e das posições e salários.; ocorreram mudanças na maneira de se comportar e se relacionar entre os sexos e entre os casais, independentemente dos sexos, com conseqüente modificações, na ordem familiar. Todas estas modificações junto

¹² LACÔTE, Christiane. *Frequências fóbicas, ou a histerica não exerce mais seu ofício*. A **Clínica Laciana. Revista Internacional**, n. 2, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, julho de 1998, p. 33.

¹³ Citamos o trabalho de Jorn Ege Siana (Denmark) – *The new sexual image of the male* – apresentado no XV Congresso Mundial de Sexologia em junho de 2001 em Paris: *New trends of male sexual identity in Scandinavia and North Europe – Through an increasing focus on male sexuality and male political debate, a new male identity has progressed over the last 3 decades. There has been a rejection of Soft Male Syndrome as a false construction introduced by female movements.*

com tantas outras são o cenário do que se denomina ‘crise da masculinidade’ ou poderíamos dizer, das subjetividades?¹⁴

Dentro da amplitude dos debates atuais, fala-se de uma dessexualização da vida contemporânea na qual há um ‘barulho’ em torno do sexo, instigando a ‘vontade de saber’ daquilo que sempre foi vetado, uma tagarelice e uma vulgaridade que parecem ter encoberto a fantasia e o desejo.

Como Calligaris nos diz ao se referir ao filme de Kubrick (1999) “De Olhos Bem Fechados” (“Eyes Wide Shut”), parece que ao abriremos tanto os olhos para o sexo, arregalamos-os, o que pode ser uma maneira de fechá-los; de tanto querer ver, não vimos nada: “pois o sexo, de fato, não é feito nem de piadas nem de bundas. Sexo é um jogo de fantasias, nem sempre claras, cômodas ou confessáveis”¹⁵. Ou seja, no ‘tudo pode’ nada fica encoberto, no mais-sexo das sociedades de consumo resta apenas um ‘mas’: *mas* o sexo habita essa impossibilidade de tudo dizer.

Rago (2001) assim se refere: “Parece, então, que assistimos a uma grande transformação no imaginário sexual, marcado sobretudo pelo desconfinamento do sexo”¹⁶. Para essa autora, poderíamos pensar em direção oposta, focalizando uma ressexualização do social, ao imaginar que se está intensificando a busca pelo prazer sexual, pelo sensual e pelo erótico nessa sexualidade plástica, sujeita a assumir diversas maneiras. Nessa “descontextualização total, a referência ao passado é apenas um jogo lúdico.”¹⁷

Não é nosso intuito analisar este tema pós-moderno tão vastíssimo que, necessariamente, convoca várias disciplinas ao diálogo. Recorremos a uma fala de Ceccarelli (2001) que situa pontualmente esse momento histórico a que nos referimos:

¹⁴ GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. *A Crise Masculina*. Jornal Correio Popular, Caderno 1, Seção Sexualidade, 26 de outubro de 1997.

¹⁵ CALLIGARIS, Contardo. No último Kubrick, não leve as crianças. **Jornal Folha de São Paulo**, Caderno Ilustrada, Seção Contardo Calligaris, 02 de setembro de 1999.

¹⁶ RAGO, Margareth. *Globalização e Imaginário sexual (ou “Denise está chamando”)*. **Jornal da Unicamp**, Campinas, SP, n. 159, ano VX, março de 200, p. 6..

¹⁷ *Ibid.*, p. 7

As noções de "masculino" e de "feminino", assim como as relações que tais noções mantêm entre si, têm sido repensadas na atualidade. Uma das conseqüências disto é que os papéis "classicamente" masculinos não se sustentam mais. A antropologia nos informa que a masculinidade, assim como a feminilidade, longe de serem realidades objetivas e muito menos fenômenos naturais calcados em elementos anátomo-biológicos são, antes, noções dependentes das formas culturais dentro das quais tais noções emergem. Os rituais para tornar-se homem não encontram equivalentes para o tornar-se mulher. A masculinidade é construída num espaço social e político. Assim, as mudanças nessas referências têm provocado aqui o que se chama crise da masculinidade.¹⁸

Citamos ainda o depoimento de Samuel (nome fictício) de 65 anos, sobre as mudanças no que chama de “panorama sexual” atual com relação ao machismo que, para ele, sempre busca o sexo:

O machismo na minha época era diferente, era romântico, as músicas comparavam a mulher com a rosa, com delicadeza, com pureza. Naquela época, mulher era difícil, não tinha adquirido a independência como hoje e o prazer do homem era conquistar a mulher, que ela se entregasse com delicadeza. Totalmente diferente de hoje, que a mulher de hoje que tem carro, independência e uma série de fatores que não é mais como antigamente. Mas a finalidade era uma só, era sexo, como hoje, não tem conversa. Mas parece que sexo hoje é diferente, é mais aberto, é mais fácil pro homem e eu acho que isso não valoriza a mulher. Sexo antigamente valorizava a mulher, parece que tinha mais amor, o homem ficava, como vou empregar a palavra, mais forte, mais satisfeito.

O Viagra parece responder a uma parte importante dessa, crise retirando a subjetividade da falha erétil, marca de virilidade, e situando-a no biológico. Não existe mais crise de desempenho após o Viagra? Ou ele veio corroborar o imaginário masculino, reafirmando a necessidade do desempenho, agora, garantido.

¹⁸ CECCARELLI, Paulo Roberto. Entrevista concedida à Revista Troppo do Jornal “O Liberal” de Belém – Pará. Disponível na Internet: <: <http://www.oliberal.com.Br/troppo/entrevista.htm>. >

3.2.3. Das controvérsias sobre a feminilidade, novas perspectivas para a masculinidade

Foi principalmente a partir da publicação de *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos* por Freud (1925), que se iniciou uma verdadeira controvérsia sobre a sexualidade feminina. Com relação ao menino não havia muitos questionamentos, pois nele o psicosssexual e o biológico se correspondiam para a psicanálise (a masculinidade originava-se nos esforços ativos do menino em direção à mãe, portanto, de forma ‘natural’). Assim Freud (1933) descreve os acontecimentos edípicos e sua resolução:

Num menino, o complexo de Édipo, no qual ele deseja a mãe e gostaria de eliminar seu pai, por ser este um rival, evolui naturalmente da fase de sexualidade fálica. A ameaça de castração, porém, impele-o a abandonar essa atitude. Sob a impressão do perigo de perder o pênis, o complexo de Édipo é abandonado, reprimido e, na maioria dos casos, inteiramente destruído, e um severo superego instala-se como seu herdeiro. O que acontece à menina é quase o oposto. O complexo de castração prepara para o complexo de Édipo, em vez de destruí-lo; a menina é forçada a abandonar a ligação com sua mãe através da influência de sua inveja do pênis, e entra na situação edipiana como se esta fora um refúgio. Na ausência do temor de castração, falta o motivo principal que leva o menino a superar o complexo de Édipo. As meninas permanecem nele por um tempo indeterminado; destroem-no tardiamente e, ainda assim, de modo incompleto. Nessas circunstâncias, a formação do superego deve sofrer um prejuízo; não consegue atingir a intensidade e a independência, as quais lhe conferem sua importância cultural, e as feministas não gostam quando lhes assinalamos os efeitos desse fator sobre o caráter feminino em geral.¹⁹

A questão ficava, e ainda resta como assunto de debates até hoje, entre, se existia um impulso biológico que direcionava a menina para a heterossexualidade e sobre a percepção de seu corpo não ser vivenciada como ‘falta’, o que implicava em questionar a famosa ‘inveja do pênis’.

Para Freud (1933), a menina se voltava para o pai, procurando o pênis que a mãe não possuía, portanto após a frustração da constatação da falta. Lacan (1958) diz que, primordialmente, a mãe é considerada como fálica, completa, tendo o falo imaginário. A castração só adquire valor, quando da descoberta da ‘castração’ da mãe, o que culmina no desenvolvimento da fase fálica, em Freud.

¹⁹ FREUD, Sigmund. *Conferência XXXIII, Feminilidade* (1933[1932]), Vol. XXII, Op. cit., p. 128-9.

Sabemos que Freud especifica com esse termo a primeira maturação genital – como aquilo que se caracterizaria, por um lado, pela dominância imaginária do atributo fálico e pelo gozo masturbatório – e que, por outro lado, localiza esse gozo da mulher no clitóris. Assim promovido à função de falo, e com isso parece excluir, nos dois sexos, até o término dessa fase, isto é, até o declínio do Édipo, qualquer localização instintiva da vagina como lugar de penetração genital.²⁰

A primeira visão oposta à teoria da sexualidade colocada por Freud (1905) é apresentada por Horney (1926, 1932, 1967) e Jones (1927, 1933, 1935) que sustentaram que a feminilidade não representa uma masculinidade frustrada (pela descoberta de que as meninas não têm pênis) e que, tanto a masculinidade como a feminilidade, precediam a fase fálica, portanto com raízes pré-edípicas. Colocaram que a feminilidade era primária e inata, baseando-se em evidências sobre o conhecimento do próprio corpo pela menina, inclusive de seus órgãos genitais.

Tanto para Horney quanto para Jones (1935), o desejo heterossexual da menina era inato, portanto desejava o pai libidinalmente e não narcisivamente como aquele que preencheria sua ‘falta’.

Essa escolha inata também estaria ligada à biologia e à consciência primitiva feminina da vagina. A inveja do pênis não era a causa da menina se voltar para o pai, mas o resultado de uma fuga defensiva dos desejos libidinais e edípicos. Era defesa e não passagem “natural” em seu desenvolvimento psicosssexual.

A polêmica colocada pelos questionamentos de Horney e Jones, bem como por outras teorias que se centralizam numa visão pré-edípica da construção da identidade (Deutsch, 1946; Sachs, 1929; Brierley, 1936), nunca foi resolvida. A partir de 1930 há um silenciamento no diálogo psicanalítico sobre o assunto e a partir de 1960, com o movimento feminista e as revoluções socio-culturais, o assunto é retomado com um foco de interpretação social (Mitchell, 1974; Jean Miller, 1976; Dinnerstein, 1976; Chodorow, 1980) para ganhar novo fôlego nos últimos 20 anos como veremos a seguir.

²⁰ LACAN, Jacques. *A Significação do Falo* (9 de maio de 1958). **Escritos**, Op. cit., p. 693.

Na França, principalmente com a ‘volta a Freud’ introduzida por Lacan a partir de 1950, a psicanálise é reavivada sob outra perspectiva. Na teoria de Lacan, não existe um impulso heterossexual natural assim como não há qualquer essência de feminilidade ou masculinidade:

*O inconsciente separa o sujeito de qualquer relação não mediada com o corpo; isto é, para o sujeito humano, envolvido no sistema lingüístico, não existe nenhuma relação biunívoca entre corpo e construção do self masculino ou feminino.*²¹

Portanto, anatomia não é destino e ao posicionar sua teoria numa perspectiva lingüística, Lacan a colocava distante da perspectiva histórica genética e da biologia.

*A discussão era mais sofisticada e elaborada, mas a dimensão principal, subjacente à controvérsia anterior, continuava presente, com os autores do livro de Chasseguet-Smirgel²² admitindo uma consciência dos órgãos genitais masculino e feminino, “virtualmente desde o início”, enquanto o trabalho de Lacan repousava sobre a teoria do monismo fálico.*²³

Freud (1923) também estabeleceu um monismo ao dizer que apenas o órgão masculino desempenha papel na organização genital infantil. Para ele “o que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo.”²⁴ Para Lacan vários mal-entendidos foram criados sobre a questão do falo. A referência ao falo não é a castração via pênis (portanto falo não é o órgão), mas a referência ao pai, aquele que mediatiza a relação mãe-bebê.

*É no terreno das referências freudianas que Lacan sistematizou a problemática fálica como fundamento da teoria analítica. Precisamente, com Lacan, o falo será instituído como significante primordial do desejo na triangulação edípica. O processo do complexo de Édipo se dará, então, em torno da localização respectiva do lugar do falo no desejo da mãe, da criança e do pai, no curso de uma dialética que se desenvolverá sob a forma do “ser” e do “ter”.*²⁵

²¹ BREEN, Dana (Org.) Introdução. **O Enigma dos Sexos**. Perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade. Rio de Janeiro, Imago, 1998, p. 21.

²² CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1964). **Female Sexuality**, Londres, Virago, 1981.

²³ BREEN, Dana (Org.) Op. cit., p. 19.

²⁴ FREUD, Sigmund. *A Organização Genital Infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)* (1923), Vol. XIX, Op. cit., p. 158.

²⁵ DOR, Joël. **Introdução ...**, O Inconsciente Estruturado..., Op. cit., p. 76.

Masculinidade e feminilidade constituíram-se, portanto, como diferentes inscrições na ordem fálica. Veremos isso mais detalhadamente adiante.

A reformulação nos conceitos psicanalíticos sobre feminilidade foi, como vimos, muito mais focalizada nas últimas décadas. Embora possa ser dito que a psicanálise priorizou a explicação do desenvolvimento psicosssexual do menino, o estudo da sexualidade masculina, especificamente, só tomou mais fôlego nos últimos anos, quando se iniciaram os debates sobre a masculinidade, a partir das reformulações sobre como se constituiria o feminino.

As afirmações de Freud sobre o Édipo infantil, segundo as quais sua resolução seria mais “natural” para o menino, pois ele disputava a mãe com o pai, permanecendo em uma heterossexualidade normal, parecem não ter tido tantas controvérsias quanto as questões que envolviam a feminilidade e que a colocavam como falta em referência ao masculino ou como primordial.

As questões mais atuais quanto à masculinidade referem-se à fase pré-edípica, a qual Freud (1933 [1932]) atribuiu significado no desenvolvimento feminino e suas patologias, mas não investigou como isto se daria para os meninos. De todas as controvérsias, Ceccarelli (2000) considera a existência do inconsciente, enquanto aquilo que une as diversas teorias e atesta o que jamais se tem acesso direto:

*Assim, por mais desacordos que existam entre determinados pressupostos das diferentes teorias - kleinianas, winnicottianas, bionianas, lacanianas, para citar apenas as mais conhecidas cada uma com a sua "metapsicologia de bolso" - todas concordam quanto à existência do inconsciente. Todas são unânimes ao afirmar que existe um "aparelho da alma" (seelischer Appart), que nos governa, que possui leis próprias, do qual só podemos perceber seus efeitos. Talvez tenha sido Lacan quem melhor teorizou sobre este ponto ao propor o conceito de "real": aquilo a que jamais se tem acesso direto; que só se define em relação ao simbólico e ao imaginário. Posição esta, aliás, já discutida pelos filósofos: a caverna de Platão, o mundo das idéias de Kant...*²⁶

²⁶ CECCARELLI, Paulo Roberto. Identidade e Instituição Psicanalítica. Conferência apresentada no IV Congresso de Psicopatologia Fundamental. Disponível na Internet:<<http://www.geocities.com/HotSpring/Villa/3170/12.htm>>

Para Person e Ovesey (1999), devemos a Freud o crédito de explicar as diferenças de personalidade entre os sexos: “assim, a psicanálise foi a primeira teoria geral da personalidade que tentou explicar as origens do que, atualmente, chamamos de gênero²⁷”.

3.2.4. Identidade sexual e feminilidade primária

O termo “identidade de gênero” foi cunhado por Stoller (1964) que lançou, em oposição a Freud, uma nova teoria psicanalítica que questiona os paradigmas clássicos freudianos sobre as origens da masculinidade e feminilidade²⁸.

O termo identidade de Gênero se refere à mescla de masculinidade e feminilidade em um indivíduo, significando que tanto a masculinidade como a feminilidade são encontradas em todas as pessoas, mas em formas e graus diferentes. Isso não é igual à qualidade de ser homem ou mulher, que tem conotação com a biologia; a identidade de gênero encerra um comportamento psicologicamente motivado. (...) Masculinidade ou feminilidade é definida, aqui, como qualquer qualidade que é sentida, por quem a possui, como masculina ou feminina.²⁹

Suas idéias vão influenciar e inspirar autores como Arnold Cooper, Ralph Greenson, Margareth Mahler, Richard Green, J. Chasseguet-Smirgel, Joyce McDougall, entre outros. Sob sua autoria se centra o que seria considerado a terceira abordagem psicanalítica de gênero, além de Freud, pioneiramente, e Horney e Jones já citados.

Faz-se notar que até então utilizamos os termos masculinidade e feminilidade para nos referir à psicanálise freudiana e passaremos a utilizar o termo “identidade”, a partir do momento que foi introduzido para fazer referência ao que a psicanálise sempre se viu às voltas.

²⁷ PERSON, Ethel, OVESEY, Lionel. Teorias Psicanalíticas da Identidade de Gênero in CECCARELLI, Paulo Roberto (org.) **Diferenças Sexuais**, São Paulo, Escuta, 1999, p. 121.

²⁸ STOLLER, Robert. A Contribution to the Study of Gender Identity. **International Journal Psychoanalytical**, 45 (1964): 220-26.

²⁹ STOLLER, Robert. **Masculinidade e Feminilidade**. Apresentações do gênero. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p. 28.

Para a psicanálise, a noção de identidade é um tanto marginal pois ela só pode ser pensada de forma dinâmica por ser dependente dos processos identificatórios: por falta de identidade, o ser humano é "condenado" à identificação.

A identidade é o "resultado consciente" dos processos inconscientes de identificação e se traduz pelo fantasma de uma síntese pontual que o sujeito é obrigado a fazer quando ele diz "eu". Ela é uma espécie de pano de fundo cuja base é formada pelos conteúdos do recalco que dão, a cada sujeito, o sentimento de ser sempre a mesma pessoa.³⁰

Stoller (1968) desenvolve sua teoria de gênero nuclear, que é a convicção de que a designação de sexo da pessoa foi, anatomicamente e psicologicamente correta, a partir de um estágio mais precoce do desenvolvimento infantil, em que o bebê está fundido com a mãe. Depois de alguns meses ele se torna um objeto separado.

É neste ponto que a distinção sexo/gênero é muito útil, e a expressão "identidade de gênero" apresenta a vantagem de dissipar toda idéia de um possível predeterminismo identitário ligado aos caracteres sexuais anatômicos, que deixa entender a fórmula clássica de "identidade sexual"³¹

Stoller (1964) refere-se a uma feminilidade primária. “Sentir a si próprio como uma parte da mãe – uma parte da estrutura de caráter primeva e, portanto, profunda (identidade de gênero nuclear) – estabelece o fundamento para o sentido de feminilidade de um bebê.³²”

Isto coloca em risco a masculinidade do menino que terá que se separar de alguma forma dessa mãe e de sua feminilidade e facilitaria o desenvolvimento da feminilidade na menina como uma continuação dessa profeminilidade, embora o autor assumia que a menina também terá que se separar da mãe, mas não de sua feminilidade.

Eu suspeito que os problemas que os meninos têm para criar sua masculinidade a partir da profeminilidade deixam atrás de si uma “estrutura”, uma precaução, um medo da atração da simbiose e a necessidade contrária de se separar como um indivíduo, como um homem, como masculino. Nesse conflito, deve ser erguida uma barreira contra o impulso para a fusão. Muito do que nós consideramos masculinidade, em minha opinião, é o efeito dessa luta.(...)³³

³⁰ CECCARELLI, Paulo Roberto. Identidade e Instituição Psicanalítica. Op. cit.

³¹ Idem. Mal-estar na Identificação. **Boletim de Novidades da Livraria Pulsional**, São Paulo, ano X, 93, jan.1997, p. 37-46.

³² STOLLER, Robert. **Masculinidade ...**, Op. cit., p. 35.

³³ *Ibid.*, p. 37-8

Stoller (1975) desenvolve essa teoria com base em sua experiência clínica, com pacientes com distúrbios de identidade de gênero e de atividade sexual. Observou que nas fantasias que compõem as perversidades masculinas, comumente encontramos evidências de uma virilidade insegura e de inveja e raiva em relação às mulheres, que aparecem como desejo de degradação.

Para Cooper (1989), pesquisador americano, os ditos comportamentos machistas, teriam raízes pré-edípicas e estariam associados ao medo masculino de retornar à feminilidade primária:

Pelo menos parte de vulto desse sentimento é, de modo inato, consequência do fato de todos os homens terem passado parte importante e formativa de suas vidas sob o cuidado de mulheres, que lhe limpavam os traseiros, alimentavam-lhes as bocas e os egos e seguravam-lhes as mãos sempre que surgia um perigo ou uma dificuldade. A prevalência das formas de comportamento machista pode ser geralmente destinada a neutralizar o medo interno de reversão a esse estado anterior.³⁴

Ainda, seguindo a linha de pensamento psicanalítico americano, Person (1989) apresenta outra leitura do que conduziria o menino a sair do Édipo, afastando-se da mãe. Ela apresenta uma análise de dois temas de fantasias sexuais masculinas, a mulher onidisponível e o sexo lésbico, considerando que muitas fantasias masculinas são essencialmente consertos mágicos dos medos sexuais dos homens.

A imagem da mulher excitada, pronta e disponível para o contato sexual é muito explorada e valorizada em filmes, revistas e materiais pornográficos. O imaginário erótico masculino é povoado por facilidades quanto aos desejos femininos. A mulher onidisponível garante a disponibilidade e a aprovação sexuais femininas que nem sempre são parte da experiência real do homem. Como essas mulheres geralmente “aparecem” excitadas, essa facilidade de excitabilidade apaziguaria os temores dos homens quanto a poderem agradar e proporcionar prazer às mulheres. Elas não são vistas como castradoras potenciais³⁵.

³⁴ COOPER, Arnold M. O que os homens temem: a fachada da ansiedade de castração in FOGEL, Gerald I. et al. **Psicologia Masculina**. Novas perspectivas psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p. 105.

³⁵ GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. **A Sexualidade e o Ser**, uma compreensão do vivenciar masculino. Campinas, SP, 1996. 171p. Dissertação. Faculdade de Educação, UNICAMP, p. 97.

Person (1989) diz que a ansiedade de castração não constitui categoria suficientemente ampla para explicar *todos* os temores que se percebe nos homens adultos, inclusive com relação ao seu desempenho sexual e ao tamanho do pênis. Existiriam outras fontes que contribuiriam para as preocupações ansiosas que podem, inclusive, intensificar a ansiedade de castração.

*O medo ao pai e a ameaça de castração (às mãos daquele) não constituem os únicos fatores na renúncia do menino à mãe. Como Freud (1920) sugere, o menino também retira da mãe o seu investimento libidinal porque sente não possuir dotação genital necessária para competir com o pai.*³⁶

Teríamos assim uma pista para compreendermos o tão famigerado temor masculino do ‘tamanho do pênis’. Além disso, porque a impotência se instaura nos homens com uma sensação de fracasso em sua masculinidade, como perda, sentem-se derrotados na luta que jamais desejariam ou admitiriam perder, quando adultos.

A ‘memória’ de competição perdida com o pai (e isso se espera na resolução edípica, como veremos a seguir) parece ter-lhes deixado marcas e, qualquer coisa que os aproximem de novo dessa reminiscência, pode ser angustiante.

O menino abre mão da mãe, (A) mulher, para ter como promessa todas as ‘outras’ possíveis; nisso deverá ser um vencedor, isso lhe resta conquistar. Falhar nisso, nunca mais poderá lhe ser inócuo. A não ser que possa entender que a potência peniana, a ereção do pênis, não é sua potência (ou toda ela) para manter uma relação, sexual ou não. Mas isso é outra história (das que existem na história masculina) que tentaremos contar mais adiante.

Klein (1928) também se refere a uma fase de feminilidade primária, em seus primeiros trabalhos, numa perspectiva é diferente daquela de Stoller (1964). A descrição kleiniana³⁷ do Édipo é um processo complicado e ordenado que dura anos e envolve o desenvolvimento da criança entre o desmame e o período de latência. O complexo masculino está em segundo plano em relação ao feminino, considerado como autônomo e

³⁶ PERSON, Ethel S. A mulher onidispôvel e sexo lésbico in FOGEL, Gerald I. et al. Op. cit., p. 78.

³⁷ Utilizaremos como referencial para esta exposição algumas idéias de Jean-Michel Petot (1979), **Melaine Klein I.** Primeiras Descobertas e Primeiro Sistema (1912-1932), São Paulo, Perspectiva, 1987, p. 79-211, *passim*.

não derivado da simples modificação do esquema masculino. Klein (1980) inverte o encaminhamento freudiano e concebe o desenvolvimento do menino segundo o modelo elaborado para a menina. Assim como a menina, o menino passa por uma primeira fase *feminina* de rivalidade sádico-oral e sádico-anal com a mãe.

*Assim como a menina, é levado pelo temor da mãe introjetada a adotar uma posição masculina em função da repressão de seu comportamento feminino. Mas estando esta posição de acordo com sua orientação genital, será mantida no momento do Édipo clássico, cujo início assinala. A partir de então o paralelismo é incompleto: falta a terceira fase no desenvolvimento do menino.*³⁸

Ou seja, o menino partiria de uma feminilidade primária para ascender a uma posição masculina na qual se manteria, não retornando à posição feminina como aconteceria com a menina. Muitas dificuldades teóricas foram suscitadas pela questão levantada da simetria das formas masculinas e femininas no Édipo, com a hipótese de uma primeira fase masculina no menino, junto com uma contemporaneidade das fases femininas nos dois sexos. De qualquer forma, a fase feminina do menino permanece como contribuição essencial no período de 1923-1927 da obra de Klein.

Nesta posição feminina, o menino sofre uma frustração irremediável de seu desejo feminino de maternidade, frustração que está na origem do “complexo de feminilidade dos homens”³⁹ que seria o equivalente à inveja do pênis das meninas. O desejo da paternidade seria um deslocamento positivo do desejo da maternidade, uma expressão sublimada, e geralmente é acompanhado de uma supervalorização no papel viril, baseado na superestimação do pênis.

Num outro pólo negativo, pode persistir a inveja da maternidade, que a autora descreve como um complexo de feminilidade no homem, e que estaria na base do comportamento masculino de agressividade e desprezo em relação às mulheres. “Nestes, ao lado da recusa do papel feminino devido à ansiedade de castração, encontra-se, mais profundamente, o temor da mãe introjetada e a desforra contra o superego materno”⁴⁰. Estas atitudes teriam sua origem na fase do declínio da posição feminina sádico-anal do menino

³⁸ Ibid., p. 128.

³⁹ KLEIN, Melaine. *Essais de Psychanalyse* apud Ibid., p.130.

⁴⁰ PETOT, Jean-Michel. Op. cit., p. 131.

com reforço das pulsões genitais, acompanhado do ingresso na fase fálica. A ansiedade associada com a feminilidade impele o menino a se identificar com o pai.

*Porém, diferentemente da menina, o menino encontra, ao longo desta fase, simultaneamente satisfações libidinais auto-eróticas e narcísicas poderosas na posse de um pênis, enquanto que a presença real – e facilmente verificável – deste órgão permite apaziguar os temores de destruição pela mãe introjetada, e depois, à medida que a nova posição masculina se afirma, os temores de castração pelo pai introjetado.*⁴¹

Klein abandona depois essa “fase feminina”, a partir de 1927, para se voltar para a posição depressiva (conflitos de amor e ódio dirigidos à mãe), e diz que o desenvolvimento do menino e da menina correm paralelamente e se dá em função das diferenças instintuais e do modo como são tratadas pelo ambiente.

*Tanto o menino quanto a menina, para Klein, precisam lutar contra ansiedades psicóticas primitivas que ameaçam o pênis do menino e os órgãos internos da menina, para conseguir uma integração e aceitação progressivas dos impulsos do self. Para o menino, há fatores muito úteis no fato de a segurança ser obtida mais facilmente devido à natureza externa de seu órgão genital, na medida em que ele pode propiciar reparação direta à mãe, em fantasia, com seu pênis, e na medida em que sua inveja da mãe seja compensada por sua capacidade de se voltar para uma posse própria.*⁴²

Vemos como a visão de Klein se diferencia da colocada por Person com relação ao órgão sexual masculino. Para Klein, ele seria uma espécie de segurança que permite apaziguar os temores de destruição da mãe, é o que o mantém na masculinidade e pode ser usado pelo menino como o que irá reparar, em fantasia, seus ataques à mãe. É como uma segurança *visível* daquilo que ele é.

Para Person (1989), este menino não está nada seguro com seu pênis infantil que visivelmente *perde* para o potente pênis de seu pai. Poderíamos falar de uma *inveja pelo pênis* masculina? Que sentimento é este que os homens carregam pelo resto de suas vidas e que os leva comumente a se verem em situações de comparações com relação ao tamanho e desempenho de seus pênis? Não é sobre isto que se trata todo um universo de piadas e temas de conversas entre homens que igualam desempenho genital a orgulho viril? Se isso é o ordinário das referências de masculinidade, como situar o psicopatológico?

⁴¹ Ibid., p. 131.

⁴² BREEN, Dana. Op. cit., p. 36.

Vamos sistematizar, sumariamente, como a psicanálise em Freud, desde seu início e posteriormente, com Lacan, contribuiu nessa questão do que denominamos de “identidade de gênero” que iniciamos e situamos sob qual perspectiva desenvolveremos nossas considerações sobre a psicopatologia e a disfunção erétil.

3.2.5. Masculinidade e psicanálise

A despeito das várias tentativas de reformulação que aparecem como acréscimos em notas de rodapé, em 1915, em seus ensaios de 1905 sobre a teoria da sexualidade, Freud⁴³ silencia sobre a questão da masculinidade, “como se o fato de possuir um pênis constituísse em si uma garantia, espécie de salvo-conduto, permitindo a passagem ‘natural’ da fase masculina à masculinidade”⁴⁴.

Nos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, de 1905, Freud lembra que somente na puberdade se estabelece uma separação nítida entre os *caracteres* masculinos e femininos⁴⁵, referindo-se ao significado biológico (caracteres primários e secundários) sobre o qual eles se contrastariam e às características fenotípicas que nos indicam estarmos diante de um homem ou de uma mulher.

Diz ainda que desde a infância pode-se reconhecer *disposições* masculinas e femininas, referindo-se a uma predisposição à atividade que seria masculina e à passividade que seria feminina. Refere-se apenas às pulsões parciais da sexualidade, sendo que na atividade auto-erótica e em suas manifestações a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino, isto é, ativo.

Com relação ao auto-erotismo, Freud (1907) assim o descreve em *O esclarecimento Sexual das Crianças*, dizendo que irá usar o termo introduzido por Havelock Ellis (1898):

*Esse período de vida, durante o qual uma certa cota do que é sem dúvida prazer sexual é produzida pela excitação de várias partes da pele (zonas erógenas), pela atividade de certos instintos biológicos e pela excitação concomitante de muitos estados afetivos.*⁴⁶

⁴³ FREUD, Sigmund, *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), Vol. VII, Op. cit., p. 137.

⁴⁴ CECCARELLI, Paulo Roberto, A construção da masculinidade, **Percorso**, n. 19, 2/1997, p. 50-56.

⁴⁵ FREUD, Sigmund, *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), Vol. VII, Op. cit. p. 207.

⁴⁶ Idem, *O Esclarecimento Sexual da Crianças* (1907), Vol. VII, Op. cit., p. 125.

A estimulação inevitável dos genitais na primeira infância teria esse caráter “ativo” tanto nas meninas quanto nos meninos, em busca de prazer auto-erótico. Em 1915, acrescenta em nota de rodapé⁴⁷ que os conceitos masculino e feminino estão entre os mais confusos da ciência e que se decompõem em 3 significados: o biológico, o sociológico e no sentido de atividade e passividade, que chamará de sentido psicológico. Citará, ao final de sua nota, que esses traços psíquicos de caráter podem ou não depender dos biológicos.

Dez anos depois (1915) dessa sua primeira formulação sobre os sexos, nessa nota de rodapé, Freud (1905) timidamente relativiza a suposta determinação biológica, dizendo que, psiquicamente, o indivíduo pode ter um caráter que não dependa do que biologicamente foi-lhe dado. Inicia uma longa discussão, que estará posteriormente dentro das denominadas questões de *identidade de gênero*, como já vimos, e que se estende produtivamente até os nossos dias. O par masculinidade-feminilidade está sujeito, da infância à puberdade, a muitos avatares conflitivos para os humanos.

Em 1938, com 82 anos de idade, Freud em *Esboço de Psicanálise*, refere-se a uma masculinidade, precocemente despertada em um menino de 2 ou 3 anos que ingressou na fase fálica e que procura ocupar o lugar do pai junto à mãe, tentando seduzi-la, mostrando-lhe seu órgão masculino, orgulhoso por possuí-lo⁴⁸.

Como vemos Freud, nesse epílogo de sua psicanálise, associa a masculinidade ao fato do menino ser o possuidor orgulhoso de um pênis e com ele querer possuir fisicamente a mãe, das maneiras que adivinhou e intuiu sobre o que seria a vida sexual dos adultos. O pai, nesse teatro, antes admirado por sua força e autoridade, torna-se um rival. Tal é o cenário do desenrolar do complexo de Édipo, descoberto por ele, após sua auto-análise, quase 40 anos antes da publicação do *Esboço*.

A masculinidade, que pode ficar afetada com o fracasso sexual, não é só no pênis e em seu desempenho que se sustenta. Acreditar nisso, pode ser um engodo reconfortante, visto agora dispormos até de remediação, mas a clínica nos vem mostrar, que disfunção erétil é diferente de impotência e, se a medicação recupera a função erétil podendo até aplacar a insegurança dos homens quanto a falharem ‘genitalmente’, não lhes

⁴⁷ *Três Ensaios* (1905) e *A Interpretação dos Sonhos* (1900) foram os dois livros que Freud mais manteve atualizados, realizando sistemáticas alterações em suas edições sucessivas.

⁴⁸ FREUD, Sigmund. *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., 1996, p. 202

dá garantias quanto à masculinidade. Por isso, mesmo com a recuperação da função erétil, muitos homens podem continuar insatisfeitos sexualmente, inseguros com seu desempenho, ou podem ter novos sintomas, numa migração sintomática que muito nos lembra as disfunções psicossomáticas. Veremos a seguir, com o caso de José (nome fictício), como isso pode se configurar.

Ribeiro Alves (2001) diz que o Viagra funciona como antídoto contra a vergonha que a ‘impotência’ sexual acarreta. O discurso médico-científico, parece ter salvo a reputação masculina, pois o que antes representava um fracasso, questionando a virilidade de um homem, agora é ‘deficiência orgânica’.

Não se trata aqui de contestar a eficácia deste medicamento; ele pode até mesmo cumprir o que promete: a ereção. A questão é o que fazer com isso. Para alguns pacientes, esta ereção é experimentada como um desconforto, na medida em que ocorre a potência mecânica do membro, mas não deriva daí o erotismo, prazer, orgasmo. Neste sentido, é possível que o sujeito não tenha meios de livrar-se da tensão física e psíquica que esta ereção provoca.⁴⁹

A importância cultural, dada ao desempenho do pênis, associando-o ao sucesso sexual e à masculinidade, parece ter levado a elucubrações de que o sildenafil, mais do que uma medicação para a disfunção erétil, poderia recuperar a “saúde sexual” e a “satisfação” dos homens – as propagandas da medicação prometem isso, principalmente associando seus efeitos à “melhora na qualidade de vida” e no “bem-estar geral”⁵⁰ do paciente. Como se sucesso erétil, sucesso sexual e satisfação fossem sinônimos, somente desconectados pela instauração da disfunção. Como ‘produto’, a função erétil pode ser agora ‘adquirida’, com a mesma ‘esperança’ de satisfação com que se consome outros produtos.

Há algo mais, na divulgação comercial do sildenafil, que responde aos anseios sexuais masculinos: mulheres sorrindo, felizes, numa explícita alusão à satisfação, proporcionada pelo medicamento, ao casal em sintonia sexual. A mensagem não veicula somente a promessa de ereção, mas de uma ‘ereção’ capaz de proporcionar satisfação e

⁴⁹ ALVES, Abílio Luiz Ribeiro. *Potência e impotência nos tempos do viagra* in **Gostar de Mulheres**, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, Escola Lacaniana de Psicanálise, 2001, p. .32.

⁵⁰ Estes termos são utilizados nas propagandas de divulgação do produto.

felicidade, não só ao homem, sujeito em questão, potencial consumidor do produto, mas à sua parceira, a mulher cujo prazer geralmente lhe é tão enigmático⁵¹.

A clínica, contudo, traz-nos questões surpreendentes quanto à sexualidade masculina no momento em que a garantia medicamentosa da ereção apontava para o declínio das psicoterapias e, principalmente, da psicanálise e sua inexorável temporalidade, sempre mal vista pelos ansiosos por soluções rápidas.

O sildenafil proporcionou à sociedade uma valorização a mais da ereção, focalizando-a como necessária para a ‘saúde sexual’, visto agora DE ser uma ‘deficiência orgânica’ remediável. Foi exatamente aí que o espaço terapêutico tornou-se o cenário no qual questões sobre a masculinidade puderam ser enunciadas.

A DE, independentemente de sua etiologia, não é ‘apenas’ uma deficiência orgânica, pois é de sexualidade que tratamos ao focalizarmos o problema e, por isso mesmo, sua clínica está muito além da fisiopatologia, isto é, porque a deficiência é no sexual, tudo se complica. E muito.

O Viagra pôde mostrar para muitos homens, e não apenas para os neuróticos ‘impotentes’, que o problema estava muito além de seus pênis e que a tal ‘satisfação’ e ‘qualidade de vida’ prometidas pela medicação, era algo que eles deveriam continuar buscando a despeito de suas ereções. Esses homens, o que eles eram, isso continuava em questão.

Nesse sentido, a medicação parece ter suspenso um véu, (re)focalizando as queixas antes limitadas ao desempenho sexual; como José, caso clínico que apresentaremos a seguir, relata: “eu sei que posso falhar a qualquer momento, agora não mais sexualmente, mas como homem mesmo”.

⁵¹ “Satisfazer a mulher sexualmente, pode representar um sucesso para o homem, que tem pensa assim poder responder ao desejo feminino, aplacando sua ansiedade de ser reconhecido como possuidor do poder fálico. É importante para o homem essa confirmação de sua virilidade: pois isto pode aplacar seu temor de ser rejeitado; justificar a exposição de sua vulnerabilidade e falta; apaziguar internamente sua dívida materna e colocá-lo em dia, pela atividade sexual, com o pagamento de sua dívida paterna. Além disso, afasta-o da feminilidade tão ameaçadora à sua imagem de ser homem.” GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. **A Sexualidade e o Ser**, Op. cit., p. 147.

CAPÍTULO 3.3: MARCAS DA IMPOTÊNCIA NA ANÁLISE DE UM HOMEM¹

Não penso que realmente possa se dizer que os neuróticos sejam doentes mentais. Os neuróticos são aquilo que a maioria é. Felizmente eles não são psicóticos. O que se chama um sintoma neurótico é simplesmente algo que lhes permite viver. Eles vivem uma vida difícil e nós (os analistas) tratamos de aliviar seu desconforto. Às vezes damos-lhes a sensação de que são normais. Graças a Deus, nós não os fazemos suficientemente normais como para que terminem psicóticos. Este é o ponto em que devemos ser prudentes. Alguns deles têm realmente a vocação de levar as coisas até o limite. Desculpem-me se o que estou dizendo parece audacioso – mas não o é. Posso só testemunhar daquilo que minha prática me provê. Uma análise não tem que ser levada longe demais. Quando o analisante pensa que ele é feliz por viver, é suficiente.²

¹ Este capítulo foi publicado sob forma de artigo em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco, PEREIRA, Mário Eduardo Costa, “O Pai distante: marcas da impotência na análise de um homem” in **Revista Brasileira de Sexualidade Humana** - São Paulo: Ed. Iglu, Vol. 11, número 2, 2000.

² LACAN (1975), Conferência de 24 de novembro de 1975 na Universidade de Yale.

3.3.1. JOSÉ –esforço para ser-ter potência

Quando inicia a terapia, José diz que está namorando há 3 anos e, como no momento, estava noivo e pretendia se casar em breve, queria resolver seu problema de ejacular muito rápido, pois mesmo sendo medicado com sildenafil (Viagra) e tendo ereções com sucesso, estas duravam muito pouco tempo a ponto de atrapalhar sua vida sexual. A recuperação medicamentosa de sua capacidade erétil não recupera sua sexualidade, que fica prejudicada pelo irrompimento de uma rapidez ejaculatória, revelando que a ansiedade excessiva toma corpo na formação de um novo sintoma.

Sem o remédio não conseguia ereção suficiente para penetração. Na masturbação considerava seus orgasmos normais. Por fim, relata que tem “um problema sexual sério” a ser tratado rapidamente, e com isto entende-se todas as suas dificuldades sexuais, desde então.

De sua história de vida, José relata que os pais foram muito pobres e conseguiram certa condição financeira por esforço do pai. Parou de estudar, a contragosto deles, antes de terminar o Ensino Fundamental e, com 11 anos, começou a trabalhar, por decisão própria, em uma fábrica, esforçando-se ao máximo para se sobressair aos outros garotos que tinham a mesma função, mas segundo ele, “gostavam de bagunçar e brincar”. Todo o seu tempo dedica ao trabalho, fazendo horas extras ou acumulando funções para ganhar mais dinheiro. Sua mãe, sempre dedicada, ajudava-o como podia, organizando sua vida e suas refeições para que ele pudesse continuar sua jornada de trabalho.

Diz que admirava os pais dos amigos, que levavam os filhos para brincar e jogar bola nos fins-de-semana, pois seu pai nunca o levava passear, não saía para jogar bola, nem o acompanhava à escola. Admirava-o, pois sempre deu todo o sustento material em casa, e eles nunca passaram necessidade, apesar de tudo ser muito simples, sem luxo. Sentiu e sente ainda muita falta da presença do pai, que parecia sempre estar ‘na dele’, não se importando com outra coisa senão o trabalho.

José admite que sua compulsão pelo trabalho, tem muito a ver com essa figura do pai e como diz “fazer sempre, muito, é para provar que sou alguém”. Nesse momento, José começa a reconhecer um vazio em si mesmo e assim relata: “eu não sou ninguém, me sinto com medo das coisas, inseguro. Todos sempre parecem melhores que eu, e fico só, não sou nada”. É esse sentimento secreto que alimenta seu ódio camuflado ao se comparar com os outros e sempre se sentir inferiorizado aos que denomina “doutores”.

Num primeiro instante, poderíamos apontar para o que surpreende na história da infância de José – a sobrecarga a que se submeteu tão precocemente com conseqüentes adoecimentos - embora não seja isso que ele tenha apresentado no início de seu tratamento psicoterapêutico, e esses conteúdos aparecem apenas após o rompimento de seu noivado, ocorrido alguns meses após o início da terapia. Esse rompimento parece marcar também uma importante etapa em sua análise, porquanto é a partir daí que ele sente que o tratamento fica ameaçado (ou o ameaça?) – ele imagina que sem ter relações sexuais não poderá continuar se tratando.

3.3.2. ASPECTOS TRANSFERENCIAIS – repetir para sobreviver

Podemos ainda pensar sobre o quê o levou a imaginar o fim de sua análise: porque não tinha mais uma noiva? Os aspectos transferenciais, posteriores ao fatídico rompimento, parecem nos dar pistas por quais caminhos trafegavam as fantasias inconscientes de José.

E somos assim levados à descoberta de que todas as relações emocionais de simpatia, amizade, confiança e similares, das quais podemos tirar bom proveito em nossas vidas, acham-se geneticamente vinculadas à sexualidade e se desenvolveram a partir de desejos puramente sexuais, através da suavização de seu objetivo sexual, por mais puros e não sensuais que possam parecer à nossa autopercepção consciente. Originalmente, conhecemos apenas objetos sexuais, e a psicanálise demonstra-nos que pessoas que em nossa vida real são simplesmente admiradas ou respeitadas podem ainda ser objetos sexuais para nosso inconsciente.¹

¹ FREUD, Sigmund. *A Dinâmica da Transferência* (1912) Vol. XII, Op. cit., p. 116-7.

A acentuada gratidão ao tratamento e, indiretamente, à terapeuta, parece ser uma reação externa aos sentimentos internos eróticos e amorosos que poderia estar vivenciando e que, com o rompimento de seu noivado, podem lhe ter sido ameaçadores. Lembramos ainda que a concorrência interna entre desejo, ameaça e proibição nunca se dá de forma simples, isto é, quando falamos de sentimentos eróticos estamos nos referindo à hostilidade também presente, que mobiliza defesas o que acentuaria ainda mais a fantasia de José da necessidade de rompimento com a terapeuta.

Esse modo inconsciente de agir de José que aparece na transferência, no qual diante de uma carga emocional de excitação erótica, há um retraimento psíquico apontando para a necessidade de rompimento com o objeto de desejo, parece ser uma repetição, como nos diz Freud, do que vem realizando, sem o saber, ao longo de sua vida para lidar com o desejo reprimido: “podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (“acts it out”). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”².

3.3.3. Defesas e sintomas – atalhos para a sobrevivência psíquica

Isso parece iluminar nossa compreensão do que aconteceu com aquele garoto que, aos 11 anos, renunciou precocemente à sua infância e às descobertas sexuais próprias dos pré-adolescentes (associadas geralmente a freqüentes masturbações) para imergir num mundo adulto e estressante de trabalho que o afasta totalmente daquelas descobertas (e possíveis contatos?). Essa renúncia tem, contudo, um alto preço para José que mergulha, a partir daí em uma série de sintomas, muitos dos quais indecifráveis clinicamente, delatando o caráter somático de suas “resoluções” psíquicas:

² Idem, *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), Vol. XII, p. 165.

*Os sintomas somáticos invariavelmente envolvem o colapso da capacidade de simbolização do indivíduo e, portanto, da capacidade de elaborar mentalmente o impacto das situações de estresse. Quando a angústia, a aflição, a fúria não-reconhecida, o terror ou a excitação incomum são somatizados em vez de serem reconhecidos e processados mentalmente, o indivíduo submerge numa forma primitiva de pensamento, na qual os significantes são pré-verbais. Em outras palavras, há uma regressão a métodos infantis de lidar com as vivências afetivas.*³

E é exatamente assim que José consegue lidar com o manancial de afetos e sintomas que o acometem nessa época. Torna-se deprimido, apático, isolando-se do mundo e do convívio com as pessoas. Sua família tem que socorrê-lo, tomando conta de seus negócios que também são deixados de lado, em prol de sua saúde débil. Ao falar de uma infecção de ouvido aos 18 anos, José relata sua pior fase na vida, que lhe parece de uma gravidade mortal. A idéia de morte, representando o limite da regressão a que chegou, parece algo muito presente nesse momento.

Interessante e revelador é o fato de que, somente após o desaparecimento das diversas manifestações sintomáticas, José, aos 20 anos, envolve-se afetivamente numa relação sem sucesso e admite que tem um problema sexual – ele percebe-se impotente. A partir daí, toda a sua atenção se volta para esse novo problema que parece agrupar em um só órgão – seu pênis - toda a problemática psíquica anteriormente dissolvida num sintoma de “queimação” do corpo como um todo.

3.3.4. O pai (d)e José – a difícil busca da masculinidade

É justamente no momento de rompimento do noivado e no qual a transferência se faz ainda mais acentuada que José consegue se lembrar e relatar sobre sua infância. Aparece então uma figura paterna que, segundo ele, marca-o ainda hoje. Ele reconhece o quanto esteve e está identificado com esse pai ao repetir, profissionalmente, os mesmos passos dele, que trabalhava muito, sem parar, desde criança e assim conseguiu manter sua família.

³ MCDOUGALL, Joyce, *As Múltiplas...*, Op. cit., p. 169.

Há uma admiração muito grande de José por este pai rígido, dedicado ao trabalho, mas há igualmente um pesar, um rancor por suas ausências e seu silêncio. José não se sentia importante para seu pai que nunca tinha tempo para brincar ou passear com ele. Restou-lhe aproximar-se do pai por meio de suas realizações que copiavam, de certa forma, seu modo de ser, numa certa obsessão pelo trabalho.

É pelo trabalho que José tenta eliminar sua sensação de ‘não-ser’ que o faz se sentir ninguém perante o pai e todos outros, vale o grifo, *homens*. Diante do mundo, ele se sente impotente, esse é o seu segredo, e para não ter que admitir ou revelar isso, esconde-se na realização de coisas que levam o seu nome (mesmo de seu pai). O problema é que, de alguma forma, ele sabe que tudo não passa de uma farsa e, mesmo que os outros o reconheçam, é como se tudo fosse mentira. Manter-se nessa posição (feminilizada sob a égide paterna⁴) parece ser o que mais lhe dói e alimenta, ao mesmo tempo, sua reiterada necessidade de se comparar com os outros homens, que sempre considera superiores a si – “os doutores” como ele mesmo se refere. Diz sentir certo ódio e rancor toda vez que vê um homem aparentando sucesso profissional (seu pai simbólico?).

A relação com o pai real superior que, de certa forma, lhe dizia ser impossível alcançar, parece tê-lo aprisionado numa admiração rancorosa, que lhe permitiu mostrar-se socialmente como um homem de sucesso, sua marca identificatória de masculinidade, assim como o pai-fálico introjetado, mas que internamente sabe de si como um ninguém e o faz impotente perante as mulheres e para si mesmo. Para ter o falo ou parecer que o tem, José abriu mão de seu pênis (retraimento que aparece na transferência) para não competir sexualmente com o homem-poder que lhe parecia ser o pai-ausência, mas parece ter permanecido sem ele, daí por diante. Ele se ‘sente impotente’ e, na intimidade, ao contrário do lugar público, não consegue esconder isso.

O pai distante de José não se oferece como objeto identificatório facilitando a atribuição fálica da castração via amorosa o que leva José a se separar da mãe pela ameaça paterna, instituída na presença-ausência de seu pai mas como não há garantia amorosa de troca de objeto, o pai pela mãe, a única referência de amor que lhe resta é a materna, da

⁴ No sentido de submeter-se ao que é reconhecido como masculino. DOR, Jöel. **O Pai e sua Função...**, Op. cit.

qual tem que se afastar para ficar sem garantias emocionais, restando-lhe a ansiedade da incerteza, de não ser reconhecido, de não ser suficientemente amado. Resta-lhe, ainda, a ansiedade de ficar edipicamente ligado à mãe e sem poder avançar nos outros prazeres instituídos pela castração paterna. Os sintomas corporais parecem ser a única forma dolorosa de prazer que não representa ameaça psíquica a José.

Queremos pontuar algumas questões no caso de José para refletirmos ao longo deste trabalho. Vimos como a medicação para a disfunção erétil muda a dinâmica sintomática da dificuldade erétil para a rapidez ejaculatória, sem sucesso em garantir a satisfação de José. Ele passa a ter um *outro* problema sexual e mantém-se insatisfeito com seu desempenho, permanecendo impotente em sua sexualidade.

Ribeiro Alves (2001) refere-se a uma questão para a psicanálise, que remete mais diretamente aos homens, e que ilustra um ‘algo a mais’, presente na queixa desses pacientes, nos quais a ‘potência’ masculina não é só garantia de desempenho peniano:

A potência masculina, para a psicanálise, não se reduz à força mecânica do membro masculino; ela se coloca, sobretudo, na equação simbólica: pênis = falo. A valorização do pênis-falo dá-se a partir da suposição da castração da menina, ou seja, de um não reconhecimento da vagina como outro órgão sexual. Mas isto custa um preço ao menino – o preço da ameaça de castração.⁵

Para a masculinidade, a questão que se coloca é a da inscrição fálica, como veremos a seguir.

⁵ RIBEIRO ALVES, Abílio Luiz. Potência e impotência nos tempos do Viagra. **Gostar de Mulheres. I- O nascimento do desejo.** Rio de Janeiro, Companhia da Freud, Escola Lacaniana de Psicanálise, 2001, p. 30.

CAPÍTULO 3.4: UMA AUSÊNCIA ASSIMILADA

Por muito tempo achei que a ausência é falta

Hoje não a lastimo

Não há falta na ausência

Ausência é um estar em mim

E sinto-a branca, tão pegada

Aconchegada em meus braços,

Que rio, danço e invento exclamações alegres

Porque a ausência, essa ausência assimilada

Ninguém a rouba mais de mim.

Carlos Drummond de Andrade

3.4.1. Uma questão fálica

Gostaríamos de estabelecer alguns parâmetros para pensarmos a questão fálica e a função paterna, que estão no centro da articulação edípica e da castração, para atingirmos o que seria a nossa perspectiva de focalização da masculinidade.

Em Freud, é a ameaça da castração que dá fim ao complexo de Édipo nos meninos. Um resíduo de sua fixação erótica na mãe subsiste sob a forma de uma dependência que persiste, posteriormente, em uma espécie de servidão às mulheres. Ele abre mão de amar sexualmente sua mãe, mas não pode deixar de ser amado por ela, pois correria o risco dela entregá-lo ao pai para castração¹.

Instala-se um espaço psíquico dolorosamente conflitante para o garoto, se imaginarmos que ele não pode mais desejar possuí-la (poderia até desejar, se isso não o ameaçasse) e não pode abrir mão de seu amor. Até ali existia uma onipotência que o fazia participante da célula narcísica e agora tem que aceitar o limite imposto pelo terceiro, em sua relação com a mãe, assimilar a diferença entre os sexos e suportar o fato de que seu pênis de menino não permitirá que realize seu desejo de possuir a mãe. É inaugurado ao sujeito desejante uma verdade que o acompanhará pelo resto de sua vida, ao ter que “admitir com dor que os limites do corpo são mais estreitos do que os limites do desejo”².

É o desejar sem poder realizar, ‘morrer de sede em frente ao mar’. É essa morte que faz nascer o ser de desejo, o protótipo da primitiva sensação-intuição de que sempre se deseja mais do que se é capaz de realizar, nostalgia da completude.

Freud (1940) nos diz que o impacto da ameaça de castração vai depender “das relações *quantitativas*, de quanto dano é causado e de quanto é evitado”³ e que tudo isso tenderá a ser banido da memória consciente do adulto e que somente com muita resistência concordará em ser lembrado.

¹ FREUD, Sigmund., *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 204

² NASIO, Juan David. **Lições sobre os Sete Conceitos Cruciais em Psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992, p. 37

³ FREUD, Sigmund., *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 204

Veremos adiante como essa questão quantitativa, colocada por Freud, é relativizada ao focalizarmos os significados (acentuados em Lacan) das experiências vividas e sua dinâmica dentro do psiquismo de cada um. Muito seríamos confortados se pudéssemos “equilibrar quantitativamente” ganhos e perdas nas experiências infantis, acrescentando ou tirando pesos de acordo com a balança afetiva dos acontecimentos.

Vimos como a assunção ao que poderíamos denominar como masculinidade faz parte de um complexo processo que intercepta o sujeito, infante, envolvido com sentimentos e laços parentais em suas questões edipianas. Como Juan David Nasio (1997) coloca: “é nessa discordância vivida pela criança entre a impotência de seu desejo e a inacessibilidade do desejo do Outro que se situa, na etapa fálica, no momento do Complexo de Édipo, o nascimento da sexualidade⁴”. No morrer que se nasce...

É o que denominamos *função fálica* o que vai regular a economia libidinal entre o filho e a mãe, instaurada pela metáfora paterna (lugar do pai, instituído no desejo materno) como o fundamento de uma lei que estrutura a ordem simbólica do lugar da circulação do falo.

É no terreno das referências freudianas que Lacan sistematizou a problemática fálica como fundamento da teoria analítica. Precisamente, com Lacan, o falo será instituído como significante primordial do desejo na triangulação edipiana. O processo do complexo de Édipo se dará, então, em torno da localização respectiva do lugar do falo no desejo da mãe, da criança e do pai, no curso de uma dialética que se desenvolverá sob a forma do “ser” e do “ter”.⁵

O que é o falo, porém, na triangulação edipiana⁶? Para Lacan (1958), o falo é esclarecido pela sua função. Ele diz que na doutrina freudiana o falo não é uma fantasia, um efeito imaginário. Tampouco um objeto (parcial, interno, bom ou mau). E é menos ainda o órgão, pênis ou clitóris, que ele simboliza: “pois o falo é um significante, um significante cuja função, na economia intra-subjetiva da análise, levanta, quem sabe, o véu daquela que

⁴ NASIO, Juan David. **O Livro da Dor e do Amor**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997, p.118.

⁵ DOR, Jöel, **Introdução ...**, O Inconsciente Estruturado..., Op. cit., p. 76.

⁶ “O complexo de Édipo, contudo, é uma coisa tão importante que o modo por que o indivíduo nele se introduz e o abandona não pode deixar de ter seus efeitos” FREUD, Sigmund.. *Algumas conseqüências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos* (1925), Vol. XIX, Op. cit., p. 285.

ele mantinha envolta em mistérios”⁷. O mistério é justamente o que se apresenta para a criança como: o que é, onde está, o desejo da mãe? Veremos como isso acontece.

Anterior ao Édipo e num limiar do processo de maturação da criança, Lacan (1936) refere-se a um momento estruturante da constituição da realidade pela criança que denomina “estádio do espelho”. Está associado ao fato do filhote do homem, a partir da idade de seis meses, já reconhecer como tal sua imagem no espelho (como *Gestalt*) e se identificar nela. Antes disso, o bebê não experimenta inicialmente seu corpo como unificado. A identificação do próprio corpo como algo unificado, neutralizaria o *fantasma do corpo despedaçado*, essa imagem que comumente se mostra em sonhos ou quando processos agressivos de desintegração são ativados na análise. Em Lacan (1949) esse momento é o de identificação da imago:

Basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo⁸, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo imago.⁹

Apesar de estar numa total dependência motora e muitas vezes, da amamentação, temos no homem, nesse estágio de *infans*, “a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, sua função de sujeito.”¹⁰

A função do estágio do espelho é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade. Num primeiro momento, a criança não se reconhece na imagem que vê, é interessante de se observar como isto se dá. Esta confusão entre si e o outro, atesta que a criança se experiencia e se vivencia através do outro, é como ela se orienta no início. Num bebê muito novo percebemos que ele sente que tem uma parte do corpo porque tocamos nela, o referencial de unidade é dado aos poucos nesta relação sensual, que lhe desperta os sentidos, vivenciada com o outro-materno.

⁷ LACAN, Jacques, *A significação do falo* (9 de maio 1958), **Escritos**, Op. cit., p. 697.

⁸ “Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações”. LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário...**, Op. cit., p.226.

⁹ LACAN, Jacques. *O estágio do espelho como formador da função do eu* (17 de julho de 1949), **Escritos...**, Op. cit., p. 97. Sobre conceituação e desenvolvimento do tema imago ver LACAN, Jacques. *Formulações sobre a Causalidade Psíquica* (28 de setembro de 1946). **Escritos**, Op. cit..

¹⁰ *Ibid.*, p. 97.

Num segundo momento, a criança percebe que é uma imagem o que vê. “Além dela não mais procurar apoderar-se da imagem, no geral seu comportamento indica que ela sabe, de agora em diante, distinguir a *imagem* do outro da *realidade* do outro.”¹¹”

O terceiro momento é quando a criança se reconhece na imagem, identificando-se com ela numa totalidade, afastando a dispersão do corpo esfacelado. A identidade se faz, portanto, pela dimensão imaginária, dela se reconhecer nessa imagem virtual; é um reconhecimento imaginário. “Por outro lado, se a fase do espelho simboliza a ‘pré-formação’ do ‘Eu’ (“Je”), ela pressupõe em seu princípio constitutivo seu destino de alienação no imaginário.”¹² É desse desconhecimento crônico que o sujeito se alimentará em relação a si mesmo por toda a vida. Lacan (1946) descreve: “Assim, ponto essencial, o primeiro efeito que aparece da *imago* no ser humano é um efeito de *alienação* do sujeito. É no outro que o sujeito se identifica e até se experimenta a princípio.”¹³”

A criança, ao sair da fase identificatória do espelho ainda está numa relação fusional com a mãe. Estabelecida a relação mãe-filho (bebê), estabelece-se uma tensão a que chamamos célula narcísica e que pretende reduzir mãe, filho e desejo a uma única coisa. É o primeiro tempo do Édipo em Lacan, estamos no que ele denomina esquema R¹⁴, que representa as condições sob as quais a realidade restaurou-se para o sujeito, a partir do espelho e no qual a criança está alienada ao desejo da mãe, identificada com o falo.

Há uma indistinção fusional criança-mãe, “uma vez que a criança tende a identificar-se com o único e exclusivo objeto do desejo do outro. (...) a criança está diretamente alienada pela problemática fálica sob a forma da *dialética do ser*: ser ou não ser o falo (para a mãe).”¹⁵

¹¹ DOR, Jöel, **Introdução** ..., O Inconsciente Estruturado..., Op. cit., p. 80.

¹² *Ibid.*, p. 80

¹³ LACAN, Jacques. *Formulações sobre a Causalidade Psíquica* (28 de setembro de 1946). **Escritos**, Op. cit., p. 182.

¹⁴ Lacan desenvolve toda a conceituação do esquema R (bem como do esquema L e do esquema I) em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1955-56), **Escritos**, Op. cit.

¹⁵ DOR, Jöel, **Introdução** ..., O Inconsciente Estruturado..., Op. cit., p. 81.

Vejamos como este primeiro tempo do Édipo em Lacan se articula com o estágio do espelho. Fala-se de uma primeira castração materna que corresponde aos anseios da criança em corresponder aos apelos indecifráveis da mãe, ao seu desejo, às expressões de seu ‘amor’ (palavras e gestos maternos que convocam a criança a descargas motoras como tentativas de resposta ao que ela não consegue ainda interpretar – gracejos, risos, toques, carinhos, etc. dirigidos ao seu corpo pela mãe e outros adultos como expressões do afeto que nutrem por aquele pequeno ser):

No es tanto verse en un espejo como el hecho de que el ver esa imagen esté sostenido por la mirada del Otro, del primer Otro que es la madre. La matriz simbólica es el deseo de la madre, la castración de la madre que le da al hijo su lugar de falo imaginario. O sea que el falo imaginario es la imagen con la que el sujeto se identifica. De no haber esa matriz, el niño no tendrá valor de falo y no podrá constituirse como un yo, y es el caso de las llamadas psicosis infantiles, del autismo infantil.¹⁶

Em Lacan (1958), a questão é pontual, a criança, que ainda é um bebê, quer corresponder a todas estas solicitações maternas, ou seja, não só ser o desejo do Outro mas satisfazê-lo. O que a criança demanda é o amor, este a-mais que vem com a satisfação de suas necessidades, pois o seu desejo em si, como falta, é o que vem do Outro, O que torna o sujeito dividido pela *Spaltung* significativa. A marca da alienação do seu desejo, como canta Caetano Veloso, em Menino do Rio: “pois quando eu te vejo eu desejo o teu desejo...” Lacan (1958) assim coloca sobre esta questão:

A demanda de amor só pode padecer de um desejo cujo significante lhe é estranho. Se o desejo da mãe é o falo, a criança quer ser o falo para satisfazê-lo. Assim, a divisão imanente ao desejo já se faz sentir por ser experimentada no desejo do Outro, por já se expor a que o sujeito se satisfaça em apresentar ao Outro o que ele pode ter de real que corresponda a esse falo, pois o que ele tem não vale mais que o que ele não tem para sua demanda de amor que quereria que ele o fosse.¹⁷

Ocorre, ainda, que a célula narcísica é impossibilitada, visto a presença de ‘outros’ nessa relação, ou melhor dizendo, outros no desejo materno. Insinua-se a presença simbólica do pai que ordena uma função e interrompe a cena.

¹⁶ CARVAJAL, Eduardo, D’ANGELO, Rinty, MARCHILLI, Alberto, Op. cit., p. 91.

¹⁷ Lacan, Jacques. *A Significação do Falo*, Op. cit. p. 700-01.

Podemos pensar em quantos ‘outros’ entrariam na cena da mulher atual, dividida entre os diversos papéis que desempenha, além da maternidade. Mas para facilitar nosso desenrolar de idéias, vamos nos referir ao ‘outro’ da mãe como sendo o pai da criança, mesmo porque sua presença supostamente é o imediato mais concreto para a criança do terceiro na dinâmica familiar. Em Lacan (1958/1998), para a criança, “é da lei introduzida pelo pai nessa seqüência que depende seu futuro”¹⁸. É a passagem da castração que estrutura o ordenamento psíquico do sujeito (segundo tempo do Édipo). Curvar-se a esta função simbólica paterna é o que o *assujeita* numa sexuação.¹⁹ Como assinala Jöel Dor (1989),

*Este tempo crucial do complexo de Édipo vetoriza, para a criança, o significado do desejo da mãe com relação ao que até então supunha ser seu objeto. O fato de que o desejo da mãe esteja submetido à lei do desejo do outro implica que seu próprio desejo esteja na dependência de um objeto que o outro (o pai) é suposto ter ou não ter.*²⁰

Polariza-se, então, outra dialética, a do ter, pela mediatização paterna. O pai tem algo que prende, direciona, seduz o desejo da mãe. É aí, com a entrada do pai, que entram em questão a castração e a atribuição fálica à figura paterna, isto é, seu reconhecimento como imagem mediadora do desejo do Outro materno e a instauração da “dialética imaginária, por assim dizer, em que a criança se esforça para simbolizar a diferença dos sexos”²¹. Diz-se imaginária, pois independe da figura do pai real essa construção imaginária de que ele é portador do falo (ele o tem) e exerce, portanto, uma função fálica. O imaginário será construído de acordo com o lugar que o pai ocupar no desejo da mãe (Outro) e é justamente aí que se coloca a questão da castração.

Segundo Freud (1940), o complexo de Édipo “está invariavelmente fadado a um fim assustador”²². Assim o pai da psicanálise descreve os terríveis acontecimentos que se sucedem: a mãe percebendo as investidas do filho e sua insistente dedicação à manipulação de seus órgãos sexuais, restringe e o proíbe de suas manobras genitais, ameaçando-o de castração. Essa ameaça, cuja execução é geralmente delegada ao pai, tanto

¹⁸ Ibid., p. 701.

¹⁹ DOR, Jöel, **O Pai e sua Função em Psicanálise**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991, p. 14.

²⁰ Idem., **Introdução...**, O Inconsciente Estruturado..., Op. cit., p. 86.

²¹ Idem., **Estrutura ...**, Op. cit., p.160.

²² FREUD, Sigmund, *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 203.

mais será eficiente no sentido repressor quanto mais o menino puder associá-la à aparência dos órgãos sexuais femininos (que já percebeu como diferente do que possui) e perceber que pode ficar *como a mãe* sem o pênis e, portanto, sem o que tanto valoriza em si mesmo.

Nesse momento o menino cai aterrorizado sob influência do que se denomina de complexo de castração, para Freud (1940), ‘o trauma mais sério da sua vida em início’. A partir disso todas as relações do menino com os pais e, posteriormente, com os homens e as mulheres em geral, serão resultados dos efeitos dessa ameaça de castração.

Para manter seu órgão sexual, comumente o menino renuncia à mãe, retirando-se do Édipo e “sua vida sexual com frequência fica permanentemente dificultada pela proibição”²³. Sua masculinidade é intimidada no sentido mesmo do termo em que suas manipulações sexuais devem ser restringidas ao espaço íntimo, privado, onde a atuação das fantasias leva-o a identificar-se com o pai e com a mãe.

Essas manipulações genitais são impossíveis de serem abandonadas por tornarem-se, com a interdição do corpo materno, sua única forma de alívio sexual. Freud diz que “derivados e produtos modificados dessas primeiras fantasias masturbatórias geralmente abrem caminho em seu futuro ego e desempenham um papel na formação de seu caráter”²⁴. Referia-se aqui aos caminhos pelos quais se apoiariam a posterior estruturação psíquica do sujeito e suas características de personalidade.

Para Freud (1940), nesse momento, a identificação do menino com a mãe, é mais predominante possivelmente porque se encontra, sob os auspícios do complexo de castração, amedrontado, retraído e feminilizado numa atitude passiva para com o pai, como a que atribui à mãe. Imaginemos o infante repreendido em suas investidas em direção à mãe, temendo perder seu órgão sexual, caso não abdique de suas atitudes ativas em direção à ela. Podemos elucubrar que em sua fantasia o gozo na/da passividade será mais segura física e psiquicamente nesse difícil momento em que a angústia²⁵ toma o cenário.

²³ Ibid., p. 204

²⁴ FREUD, Sigmund. *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 204.

²⁵ Reportando-se a Freud ao falar da angústia em crianças que portam-se como adultos na medida em que transformam sua libido em angústia quando não podem satisfazê-la. (*Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905)), Op. cit., p. 212)

O menino está passivo para se aproximar então do pai, ceder à rivalização e identificar-se com ele, querendo ser como ele é e, assim, tornar-se homem que exercerá sua masculinidade nas ações reconhecidas como tal e, principalmente para Freud, na heterossexualidade, que lhe permitirá ter *as* mulheres após ter renunciado *A* mulher (A Coisa, das Ding, segundo Lacan), objeto materno primordial de seu desejo sexual.

Para Lacan, é como confronto emocional que o real, em sua dimensão castradora, surge para a criança através da imagem mediadora paterna, ou, poderíamos denominar, pai imaginário (imago construída pela criança do pai real, metáfora paterna). O ato castrador, segundo tempo do Édipo, não incide somente sobre a criança, como enunciou Freud, mas sobre o vínculo mãe-filho (célula narcísica²⁶) e o agente desse corte é o pai imaginário, ou simbolicamente, a fala paterna, representante da lei, que ordena uma função e representa a realidade da cisão mãe-filho.

Como a questão não é o órgão, mas a relação, a dialética fálica da castração seria a mesma, tanto para o menino quanto para a menina. Para Lacan (1958), “essa experiência do desejo do Outro, a clínica nos mostra que ela não é decisiva pelo fato de o sujeito nela aprender se ele mesmo tem ou não um falo real, mas por aprender que a mãe não o tem”²⁷.

Por isso que se diz que a castração instaurada pela intermediação do pai, no segundo tempo, é uma ressignificação de uma perda anterior, a que marca o desejo da criança ao descobrir que a mãe não tem o falo, por isso ela o deseja, portanto ela é não-toda, sujeita a uma lei a que a criança terá que se submeter com pesar, ao se descobrir também como não onipotente, por não ser ‘todo’ o desejo da mãe, mas apenas uma parte dele.

É a lei impessoal, imposta a todos, que “rompe a ilusão de cada ser humano de se acreditar possuidor ou identificado com a onipotência imaginária”²⁸

²⁶ Que se pretende completa sendo o filho o falo, aquele que preenche a falta materna, e com o qual nada mais é necessário para que se forme a unidade totalizadora.

²⁷ LACAN, Jacques, *A significação do falo* (1958), **Escritos**, Op. cit., p. 701.

²⁸ NASIO, Juan David, **Lições ...**, Op. cit., p. 38.

O menino que renuncia, com a castração (temor de), a ‘ser’ o falo materno, lança-se na dialética do ‘ter’, identificando-se com o pai simbolicamente detentor do falo, que o tem ou deveria tê-lo (instalação do processo da metáfora paterna).

A identidade sexual, seja feminina, seja masculina, conquista-se à medida da atribuição fálica (ter ou não ter o falo) e da castração, de acordo com a forma com que cada sexo se posicionará nela. Para Lacan, a assunção a uma identidade masculina (sexuação no homem) é um caminho árduo para o garoto que abre mão de seus desejos incestuosos com a mãe por reconhecer e temer o poder (imaginário) do pai. Vimos como a metáfora Nome-do-Pai articula a função fálica ao complexo de castração. Necessariamente, sob a égide paterna, o menino está sujeito a uma feminilização que o protege do temor da castração²⁹ e que o leva (via identificação) a imitar o pai, assumindo o nome paterno (terceiro tempo do Édipo, ou seu declínio) para ter aquilo a que já renunciou (o seu desejo originário com a mãe), ou seja, ao poder fálico.

3.4.2. O pai

A entrada no Édipo é um golpe ao narcisismo infantil para a criança que se acreditava capaz de preencher todo o desejo materno e agora tem que desvendar, com seu ego infantil, essa dinâmica familiar, descobrir como se situa o desejo dos pais para que ele mesmo se situe nessa triangulação da qual o que lhe resta é se submeter e sobreviver.

Podemos entender como os pesadelos infantis comuns nessa época (sonhar que pai e mãe são monstros, ser devorado por representantes da mãe, estar perdido no escuro) muitas vezes tomam o cenário, nessa tentativa da criança de desvendar qual o seu lugar no desejo dos pais. As histórias infantis, contos e desenhos animados são ricos em abordar essa temática.

²⁹ “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração”. Essa contradição se esclarece se refletimos que o complexo de castração sempre opera no sentido implícito em seu conteúdo: ele inibe a masculinidade e incentiva a feminilidade.” FREUD, Sigmund, *O Ego e o Id* (1923), Vol. XIX, Op. cit., p. 318-9.

O significado da ‘posição do pai’ na qualidade de terceiro na triangulação edipiana é de crucial importância na estruturação psíquica do sujeito. Como Laplanche (1991) coloca, o pai instaura a lei mostrando sua força em por limites, em controlar a relação mãe-bebê:

No triângulo edipiano, é o terceiro termo, o rival e aquele que proíbe. Ele proíbe ao filho, naturalmente, o acesso à mãe, mas também proíbe à mãe (...)a posse absoluta do filho, a reintegração de seu objeto-produto. Seu atributo fálico aí está para indicar que ele detém a lei, a regra de um relacionamento inter-humano controlável, constituindo a prova de sua força.³⁰

O pai desejado, isto é, o portador do falo, é o que também livra a criança do estrangulamento do erotismo materno que deseja a criança para se preencher, ser toda com ela e através dela, aplacar suas carências e que a convoca, portanto, a se identificar com um falo indecifrável, impossível, vazio como a morte e, portanto, angustiante. Poderíamos falar de um amor pela castração paterna, nutrido por aquele que alivia a criança da demanda materna emasculativa de ter que corresponder ao falo imaginário.³¹ O amor pelo pai é paradoxal, pois é dirigido a um rival e a um salvador ao mesmo tempo. Cabas (1988), ilustra o que é esta falta que a mãe deseja preencher com o filho:

O filho substitui no desejo feminino o desejo do pênis, tapando com isso o corte e o talho. Claro que este corte não se situa no genital (seria ingênuo limitar-se ao espaço da “ilusão positivista”) mas no desamparo, na falta primordial, na carência originária, enfim, na falta de ser com que (se) nasce.³²

Para a mulher gerar e parir pode ser de alguma forma retornar a esse espaço vivencial simbiótico e reavivar seu desejo de completude por intermédio da demanda de amor que dirige ao filho. Ser mãe é reavivar alucinadamente a nostalgia do impossível, do gozo absoluto.

³⁰ LAPLANCHE, Jean, **Hölderlin e a Questão do Pai**, Rio de Janeiro, Zahar, 1991, p. 48.

³¹ O falo simbólico a que nos referimos como desejo da mãe seria o representante de sua falta constitucional que ela completaria com o filho colocado então no lugar de falo imaginário que supre as necessidades psíquicas de completude materna.

³² CABAS, Antonio Godino, Op. cit., p. 44.

A entrada do pai coloca um limite a este gozo materno ao (re)oferecer à companheira, mãe de seu filho, novamente o prazer em ser mulher. Este homem, visto pela criança como aquele que contém o segredo do desejo materno, é o que levará o garoto a renunciar ser o falo para poder tê-lo.

Não é só por coerção e medo do rival castrativo que esta renúncia se dá, mas por amor e admiração ao pai desejado pela mãe. Para Freud (1941), o ‘ter’ é algo que se instala posteriormente ao ‘ser’, quando da indiferenciação do objeto:

“Ter” e “Ser” nas crianças. As crianças gostam de expressar uma relação de objeto por uma identificação “Eu sou o objeto”. “Ter” é o mais tardio dos dois; após a perda do objeto, ele recai para “ser”. Exemplo: o seio. “O seio é uma parte de mim, eu sou o seio.” Só mais tarde: “Eu o tenho” – isto é, “eu não sou ele”...³³

O momento de ‘ter’, portanto, é posterior a uma diferenciação com o objeto, saímos do registro exclusivo dos objetos parciais, seio bom, seio mau, como preconizado por Klein (1980) e da égide do princípio do prazer para adentrarmos na realidade que funda o sujeito como desejante, ou seja, aquele no qual algo falta e por essa falha em sua completude, ele deseja.

O temor-reconhecimento desse pai o coloca numa posição feminilizada perante ele, dotado imaginariamente de um poder fálico que lhe garante um lugar no desejo materno. A feminilização do menino submetido à castração, no sentido de submissão constante a um homem (pai real, imaginariamente investido da atribuição fálica), é necessária para ficar do lado masculino.

Essa posição feminilizada é que levará o menino à identificação paterna, ou seja, o desejo de abandonar a posição de ‘ser o falo’ para **ter** o falo, o que o levará a se identificar com o pai que supõe tê-lo. “A homossexualidade parece ser o caminho obrigatório para a heterossexualidade, já que é preciso, primeiro, estar no amor pelo pai e reconhecê-lo em seu lugar para possuir o poder fálico”³⁴.

³³ FREUD, Sigmund, *Achados, Idéias, Problemas* (1941 [1938]), Vol. XXIII, Op. cit., p. 317.

³⁴ POMMIER, Gerard. **A Ordem Sexual**. Perversão, desejo e gozo. Rio de Janeiro, Zahar, 1992, p. 143.

Poderíamos falar de uma história de amor na qual o temor e a admiração são os principais componentes. Essa ‘passagem’ do amor pela mãe para o reconhecimento do pai, todavia, “só se poderá efetuar a partir do momento em que a criança tiver estabelecido uma associação significativa entre a ausência da mãe e a presença do pai”³⁵.

*Ora, se o pai não cumpre sua função de objeto identificatório - o pai que castra mas que também protege - o filho terá dificuldade de lidar com as angústias geradas na situação edipiana. Isto terá conseqüências, por vezes catastróficas, não apenas na construção de masculinidade, mas também na maneira que o sujeito vive "concretamente" sua sexualidade assim como na aquisição do sentimento de identidade sexual. Vale lembrar ainda, que é na relação da criança com o seu pai, que se constituirá o protótipo das relações do sujeito com outros homens.*³⁶

A passagem de que falávamos está diretamente associada à alternância arbitrária do desejo da mãe, esta que se apresenta como não-toda e dá indícios de que seu desejo está além do rebento que gerou.

Julien (1991) diz que, originalmente, para a criança, o pai é instaurado como Nome *pela* mãe. É a mãe que inscreve um lugar³⁷, na ordem simbólica – lugar inicialmente vazio que poderá ser ocupado pelo homem designado como pai³⁸.

Este lugar é aquele do pai, não de uma imagem percebida pela criança, não o pai real (um homem tão bom!), mas o Pai como *nome* na *palavra* da mãe. O pai existe na palavra de uma mulher, do contrário ele não existe. Com efeito, a paternidade é da ordem, não da verificação, mas da *fé*, isto é, do crédito dado à palavra de uma mãe, enquanto que ela não é *toda-mãe* voltada para a criança, mas primeiramente mulher.³⁹

³⁵ DOR, Jöel, **O Pai e sua Função ...**, Op. cit., p. 52.

³⁶ CECCARELLI, Paulo Roberto. *A Masculinidade e seus Avatares* in **Catharsis**, São Paulo, ano IV, 19, p. 10-11, mai./jun. 1998.

³⁷ “Este lugar designa, por exemplo, o do marido, ou o do segundo marido após o divórcio, ou o do amante, ou aquele do homem que uma mulher teria secretamente desejado que fosse o pai de sua criança. (...) Mas, ainda mais, para a mãe esta dimensão terceira pode ser representada por um contexto profissional, cultural, artístico, etc.; desse modo, há aquilo que se chama, na falta de melhor denominação, ‘monoparentalidade’.” JULIEN, Philippe. **A Feminilidade Velada**. Aliança conjugal e modernidade. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1997, p. 47-8

³⁸ “N’est-ce pas choquant d’affirmer ainsi que le père comme Nom soit fondé par une femme? » JULIEN, Philippe. **Le Manteau de Noé**. Essai sul la paternité. Paris, Desclée de Brouwer, 1991, p. 33.

³⁹ Idem, **A Feminilidade**, Op. cit., p. 47.

Esse lugar vazio, no qual a mãe é *não-toda*, remete a criança invariavelmente para o desejo, mas a questão para a criança não é o ‘seu próprio desejo’ pela mãe, e sim o desejo *dela* que permanece enigmático na alternância arbitrária à criança de sua presença-ausência: “eu a chamo, ela vem. Depois se vai. Eu a chamo ainda e ela não vem. Eu não a chamo, e ei-la. Que *sou* eu, portanto, para ela? Por que ela se ausenta?”⁴⁰

O significante enigmático do desejo da mãe é substituído pelo significante do Nome-do-Pai, terceiro entre a criança e a mãe, ou seja, a metáfora paterna⁴¹, instituída na falta ou no desejo materno. A Mãe instaura essa terceira posição entre ela e a criança. Instaura a lei de inscrição paterna, essa estrutura que Lacan chama o “Grande Outro” ou seja, a ordem simbólica, na qual o pai tem seu lugar ou nome.

O lugar do pai ocupa nessa dinâmica fálica três funções: o pai real, imaginário e simbólico. O pai imaginário é o que se destaca daquele e encarna o pai ao qual o sujeito vai endereçar-se em sua vida psíquica (normalmente o que será o culpado de ter-nos feito fracassados como somos). Seu herdeiro é o supereu e, talvez, o herdeiro deste supereu seja Deus mesmo.

O pai simbólico é o pai morto, é o Nome-do-pai, aquele que permite ao sujeito simbolizar o momento em que a mãe se ausenta e se separa da criança e permite que se introduza nesse vazio um significante, a metáfora paterna⁴².

Hugo Bleichmar (1984), faz uma diferenciação elucidativa entre imaginário e simbólico:

*Um elemento pertence ao imaginário, quando é algo em si mesmo (o pai introjetado é a imagem do pai real), e ao simbólico, quando adquire valor em relação a outros elementos, de modo que um elemento em si não é simbólico ou imaginário, mas depende do tipo de articulação em que entre.*⁴³

⁴⁰ Ibid., p. 48.

⁴¹ A produção de um senso por substituição de um significante por outro é uma metáfora.

⁴² WINTER, Jean-Pierre. **Os Errantes da Carne**. Estudos sobre a Histeria Masculina. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001, *passim*.

⁴³ BLEICHMAR, Hugo. **Introdução ao Estudo das Perversões**. Teoria do Édipo em Freud e Lacan. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, p. 37.

O pai simbólico é instaurado na relação com a função fálica, aquele que terá ou não, o falo.

Lacan (1957) coloca que “o pai imaginário é aquele com que lidamos o tempo todo. É a ele que se refere, mais comumente, toda a dialética, a da agressividade, a da identificação, a da idealização pela qual o sujeito tem acesso à identificação ao pai.”⁴⁴

O pai real é algo completamente diferente, do qual a criança teve uma apreensão muito difícil devido à interposição de fantasias e à necessidade da relação simbólica.

O pai simbólico é o que permite que a criança não bascule completamente no vazio, o que justamente falta na psicose, a metáfora do Nome-do-pai. Nenhum significante veio simbolizar essa ausência. Nesse lugar, o que pode também ocorrer é a forclusão, ou seja, o sujeito recusa-se a construir um conceito metafórico de Pai e continua a estar numa relação privilegiada com a mãe. Para o histérico, o pai simbólico está ali onde deveria estar, mas a questão é com o pai real, quem é esse pai real para o histérico? O pai para o histérico não é investido de poder fálico e essa é a razão pela qual ele vai buscar este falo alhures, com aqueles que têm o poder, serão seus pais imaginários aos quais se submeterá, como à lei. Esse pai, para Winter (2001) não permitiu ao filho a identificação com ele:

*Ele não satisfaz à identificação porque o lugar de seu pai na economia parental do casal não lhe permitiu isso. E este pai sempre passivo, vivido como insignificante, apesar ou por causa de sua violência para com a esposa, ele não cessará de procurá-lo, indo à frente de todo o mestre que se apresente; eis uma pista para reavaliar ao mesmo tempo a relação mestre-aluno.*⁴⁵

Retomaremos à questão da histeria mais adiante.

Já aos 82 anos, Freud (1940 [1938])⁴⁶ redige *O esboço de Psicanálise* no qual efetua, apesar da forma inacabada, uma nova abordagem da teoria de forma concisa e lúcida e lança uma nova luz sobre vários pontos antes abordados. Nesse texto, ele se refere aos resultados da castração como múltiplos e afetando todas as relações do menino com o

⁴⁴ LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 4: A Transferência**, Op. cit., p. 225.

⁴⁵ WINTER, Jean-Pierre, Op. cit., p. 66.

⁴⁶ FREUD, Sigmund, *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 203-4.

pai e a mãe e, mais tarde, com homens e mulheres em geral. “Via de regra a masculinidade da criança é incapaz de resistir a este primeiro choque”⁴⁷.

Ele considera que a renúncia à posse materna dificulta permanentemente, pela proibição, a posterior vida sexual do homem, pois intimida sua masculinidade desde o início e

*se um forte componente feminino, tal como o chamamos, acha-se presente nele, a força deste é aumentada por esta intimidação de sua masculinidade. Ele cai numa atitude passiva para com o pai, tal como a que atribui à mãe*⁴⁸

A criança, com a entrada no Édipo, é lançada na dialética da diferença dos sexos, tem que fazer o luto da bissexualidade pela monossexualidade, descobrir-se incompleta.

Falamos do pai com uma função, como um terceiro na relação, já estabelecida mãe-criança, e que vem impor uma reorganização, uma realidade neste suposto paraíso simbiótico. Uma imagem de pai castrador, que impõe limites a libido tanto do filho quanto da mãe, sua esposa. Um pai amado-odiado e presente, isto é, ele está lá, realmente, para exercer sua função paterna e só se mostrará digno de ser admirado aos olhos do filho, se ele apontar a mãe como o objeto que ele escolheu de seu desejo⁴⁹.

E quem é este homem real que chamamos de pai? Quem é o pai real hoje?

Fala-se de um declínio da paternidade nas sociedades atuais. Robert Bly (1991) que é americano e não é psicanalista, mas contador de histórias e poeta, diz, em seu primeiro livro de prosa sobre os homens, “João de Ferro” que “muitos filhos nos Estados Unidos vêem o pai como um simples objeto do ridículo, do qual devem rir, como acontece tantas vezes nas histórias em quadrinhos e nos comerciais da televisão.⁵⁰” Ele observa que, quando o pai, ausente durante o dia, volta para casa, seus filhos recebem dele o seu temperamento, geralmente irritado e distante, mas não suas lições (o pai da aldeia ensinava

⁴⁷ Ibid., p. 203.

⁴⁸ Ibid., p. 204.

⁴⁹ “Au déclin de l’Oedipe, face à la mère, l’enfant se tourne vers le père. Mais, vers *quel* père? Non pas vers le père réel, mais vers l’*image* d’un Père qu’il fomente lui-même: un père fort, tout-puissant, et par là digne d’être admiré et aimé. Étrange appel”. JULIEN, Philippe. **Le Manteau...**, Op. Cit., p. 69.

⁵⁰ BLY, Robert. **João de Ferro**. Um livro sobre homens. Rio de Janeiro, Campus, 1991, p. 87.

a pescar, plantar, colher, etc). Ele não diz ao filho o que acontece em sua vida, porque não tem o que dizer da fragmentação na vida do trabalho, da burocracia, de sua impotência e seu desespero, misturados com vergonha e torpor dos que odeiam seu trabalho, por se sentirem escravizados. “Dissemos que o pai, como força viva no lar, desapareceu, quando as exigências da indústria por mão-de-obra o mandaram para as ferrovias fora de sua aldeia.⁵¹” Talvez este tenha sido um começo das mudanças de papéis, sem contar tantos outros no último século.

3.4.3. Pontuações teóricas e nossa perspectiva

A possibilidade de se pensar em uma condição psicopatológica para a DE emergiu da constatação do trabalho terapêutico com pacientes submetidos a outros tipos de tratamento clínico que não davam conta da queixa relativa a seu desempenho sexual, isto é, a despeito da ‘eliminação’ do que era considerado o sintoma de DE, o paciente mantinha sua queixa ou sentimento de insatisfação e/ou inadequação sexual⁵². Isto levou-nos a pensar em uma possível confusão-conjunção psíquica entre sujeito e sintoma na qual a “impotência” - termo comumente utilizado pelos pacientes para se referirem ao problema - seria sua expressão máxima.

A expressão ‘sujeito-sintoma impotente’, cunhada por nós, assinala esse homem impotente, com impotência, indissociável em seu sofrimento psíquico e somático. Referimo-nos ao sintoma, como já exposto, sendo o “fenômeno subjetivo que constitui, para a psicanálise, não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente⁵³”.

Assim, é o retorno de uma satisfação sexual há muito tempo recalcada, mas também é uma formação de compromisso, à medida que nele igualmente se exprime o recalçamento. É sobre a formação de compromisso que irão insistir os pós-freudianos.⁵⁴

⁵¹ Ibid., p. 92.

⁵² Insatisfação referindo-se aos aspectos subjetivos e inadequação aos aspectos intersubjetivos.

⁵³ CHEMANA, Roland. (Org.) **Dicionário de Psicanálise**, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995, p. 203.

⁵⁴ Ibid., p. 203.

Para Lacan (1975), o sintoma é ‘a própria natureza da realidade humana’, e o tratamento, em nenhum caso, poderia consistir na simples erradicação do sintoma, na medida que este é efeito estrutural do sujeito. Nesse sentido, o sintoma não pode ser dissociado dos outros círculos do nó borromeano⁵⁵, proposto por Lacan (1975), para apresentar sua doutrina: o real, o simbólico e o imaginário (RSI).

Esse quarto anel, que também é definido como ‘sinthome’, Lacan o identifica ao Nome-do-Pai e, é a partir de sua presença, que se diferenciara e se articulará real, simbólico e imaginário⁵⁶. Lacan (1975) o denomina ‘sinthome⁵⁷’ para diferenciá-lo de sintoma:

Lacan criou o termo “sinthome” para designar o quarto círculo do nó borromeu, e para significar que o sintoma deve ‘cair’, o que é subentendido por sua etimologia, e que o “sinthoma”(antiga grafia francesa de sintoma) é aquilo que não cai, mas modifica-se, transforma-se, para que continue sendo possível o gozo, o desejo.⁵⁸

Nessa perspectiva, o sintoma de que tratamos refere-se à DE, a expressão do ‘conflito inconsciente’ que, sendo sua expressão, pode ‘cair’, expressar-se de outra forma, modificar-se, etc. Vimos, com o caso de José, como o sintoma pode ‘migrar’, buscando novas formas de expressão. O ‘sinthoma’, tal como se refere Lacan, não pode desaparecer, visto ser a solução subjetiva para o sintoma que desaba, o novo destino para aquilo que se fazia sintoma até então.

Nosso pressuposto é que o ‘sujeito-sintoma’ pode alimentar, como defesa, uma ilusão alienadora de sua condição desejante, ao construir sua masculinidade apoiada em seu desempenho sexual, em que o pênis aparece como objeto do poder fálico.

⁵⁵ “O nó borromeano, figura topológica notável por solidarizar três nós, tornados separáveis pela ruptura de apenas um deles, ilustra para ele a possibilidade que detêm juntas as três categorias: real, simbólico e imaginário, sem que venha se insinuar entre elas um quarto, o do Nome-do-Pai e também do sintoma.” KAUFMANN, Pierre. Op. cit., p. 479.

⁵⁶ PORGE, Erik. **Os Nome do Pai em Jacques Lacan**. Pontuações e Problemáticas. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1998, p. 163-189.

⁵⁷ Alem.: “Symptom”; fr.: “symptôme”; ing.: “symptom”.

⁵⁸ CHEMANA, Roland. (Org.), Op. cit., p. 203.

A associação pênis=falo, tem que ser sustentada por meio do desempenho exemplar do primeiro, para que o sujeito tenha a sensação de possuir o segundo, ou seja, para que (a)pareça capaz de sustentar, imaginariamente, uma função fálica, que é o que o situa do lado dos homens.

O insucesso dessa construção defensiva aparece justamente quando, amalgamados ao sintoma, os pacientes, ‘sujeitos-sintomas’, permanecem impotentes ‘sexualmente’, apesar da recuperação mecânica da potência erétil. O trabalho clínico com homens com DE revela-nos ser este ‘resto’ sintomático, que aponta para o que poderíamos então chamar de ‘verdade’ da doença e é o que possibilita, mediante a angústia do paciente naquilo em que ele se reconhece, sua implicação no tratamento psicoterápico.

A (re)instalação, no trabalho terapêutico, dessa demanda psíquica pode tornar possível uma abertura, via linguagem, para a elaboração subjetiva da doença. A possibilidade de reedição de conflitos primitivos, velados por defesas cristalizadas na transferência, pode clarificar a diferenciação para o paciente entre sintoma e doença, aproximando-o dos sentidos de sua psicopatologia.

Desvela-se a possibilidade de posicionamento diante da resposta encontrada pelo sujeito – a instauração do sintoma - à questão desejante que não lhe pôde ser colocada psiquicamente, a não ser por meio da doença. Ao se instaurar a condição de DE, é posta em questão a própria masculinidade – o corpo-homem como um todo - anteriormente sustentada ou imaginada por meio do órgão ereto. A recuperação erétil pode não ‘curar’ a ferida identitária.

Vimos que o caminho necessário em direção ao que poderíamos chamar de ‘masculinidade’ é, tanto em Freud como em Lacan, uma encruzilhada bastante ambígua. Para se aproximar dos valores paternos e assumir o dom patronímico (assinar o nome do pai), o garoto se afasta do mundo da mãe, de sua feminilidade (que erotizou seu corpo primariamente), embora o desejasse, para se constituir e ser reconhecido como homem, que assina seus atos. Mais tarde é através do contato sexual com as mulheres, isto é, com o mundo do qual se afastou e renunciou, que irá ser reconhecido em sua virilidade ou masculinidade.

Estivemos, durante todo o nosso percurso, centralizados na questão fundamental de como se forma o ser masculino, como se dá o processo de assunção à masculinidade, para o portador de pênis⁵⁹. Com isso, estabelecemos alguns parâmetros psicanalíticos envolvidos neste processo identificatório: a feminilidade primária é uma importante consideração a ser feita, porque é inegável que, inicialmente, o menino, como a menina, está mergulhado nesse universo primário no qual a mãe é o centro, ou melhor, é o desejo dela que o infante se esforçará senão por decifrar, tentar corresponder-lhe.

Não consideramos a ‘proto-feminilidade’ como estruturante, causa única de todos os problemas e dificuldades à uma assunção à masculinidade, mas admitimos que os fatores pré-genitais (como se referia Melaine Klein), ou pré-edípicos (como se referem Person e Ovesey), têm importante papel nos avatares da construção de identidade masculina.

A primitiva relação, tanto com a mãe, como também com o pai, é crucial no desenvolvimento psíquico do sujeito e acontece antes da percepção das diferenças anatômicas ou sexuais, pelo infante (o que o lançará depois na questão edípica), mas, concomitante às chamadas diferenças de gênero, que já estão presentes no modo como pai e mãe diferentemente, tratam e se referem à criança.

Já existe um masculino e um feminino, que serão introjetados pelo bebê, diferentes em cada cultura, e que influenciam desde o início o desenvolvimento do que será masculinidade e feminilidade para essa criança (vemos a importância disso nas problemáticas de gênero, como no transexualismo, por exemplo).

Consideramos que, muito primitivamente e antes de seu nascimento, a criança já está lançada num mundo de expectativas, no qual o pai e a mãe depositarão seus desejos inconscientes. Desde a concepção, ou mesmo anterior a ela, a criança que porventura virá, já está inscrita nessa ordem do desejo dos outros, na relação dos pais e nas relações familiares fundamentais. Esses desejos ficarão enredados na sua história inconsciente, que Lacan (1980 [1966]) se refere como a “constelação familiar do sujeito⁶⁰”.

⁵⁹ “Portador do dito cujo” é como Lacan (1970) se expressa em *O Campo Lacaniano* (LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 17: O Averso da Psicanálise**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.)

⁶⁰ LACAN, Jacques. **O Mito Individual do Neurótico** (1966). Lisboa, Assírio e Alvim, 1980. Esses desejos serão importantes na formação do que posteriormente designaremos de ‘fantasia’ ou ‘fantasma’, do qual dependeria a travessia de toda análise.

A criança nasce mergulhada em desejos paternos, que poderão, depois com seu nascimento, ser reatualizados ou frustrados com sua presença. Hoje sabemos da importância dos estudos do psiquismo pré-natal e do quanto um bebê ser desejado ou não pelos pais, pode ter relação estreita com seu desenvolvimento psíquico e emocional posterior.

Vemos nos relatos de pacientes que o medo de ser rejeitado, não ser aceito, a carência do olhar do outro, parecem lembranças de coisas que ficaram registradas em um tempo em que não existiam palavras, anterior à própria estruturação subjetiva. Chegar a isso é como um desabamento para o sujeito, geralmente quando as defesas cedem e o corpo se expressa, por intermédio do choro ou do silêncio angustiante: uma dor inenarrável. Como um paciente se expressou, ao reconhecer sua necessidade de reconhecimento social como algo muito primitivo em sua história de vida: *coisas que não se pode dizer com palavras e, por isso mesmo, doem mais.*

É ainda mergulhado neste universo de expectativas materno-paternas, que a criança se descobrirá numa imagem especular, percebendo-se toda, numa *gestalt* harmoniosa de um corpo que antes vivenciava mais como despedaçado e desconexo, de acordo com as sensações mais ou menos prazerosas que experimentava em seus órgãos.

No 'estádio do espelho', a criança, ao se identificar com a imagem ali visada, definitivamente alienar-se-á nessa imagem, que será para ele, a representação imaginária do desejo materno, ou seja, o Outro. Reconhecer-se numa imagem é o modo como primariamente se apreende aquilo que se é, numa alienação imaginária de si mesmo.

A criança se dá como falo imaginário à mãe, tentando se fazer desejada sempre. Oferecerá seu corpo-falo, como aquilo que preencherá o vazio materno, que responderá aos apelos indecifráveis do desejo do Outro (primeiro momento da castração). Permanecer nesse espaço sem tempo, é estar assujeitado; seu desejo é desejo do desejo do Outro.

Como vimos, a entrada do pai, como rival imaginário da criança na cena idílica da simbiose mãe-filho, traz importantes modificações para o universo psíquico infantil. Hoje, considera-se que, quanto mais cedo o pai se introduz na relação mãe-bebê, de forma amorosa e demonstrando seu afeto a ambos, mais precocemente a criança abandonará a posição de assujeito, em benefício da posição de sujeito desejante (ideal do eu).

O pai instaura um segundo momento da castração, o primeiro foi privilégio da mãe, o Outro, marcar seu filho com um pedido indecifrável, fazê-lo assujeitado num corpo-falo, fazendo-o permanecer numa dívida impagável, sem moedas, sem palavras.

O Outro materno remete a criança a um gozo que dele, se quiser salvação, deverá esquivar-se, restando-lhe talvez alguma nostalgia. Referir-nos-emos a esse gozo como ‘gozo do ser’ (“la jouissance de l’être”)', o gozo do Outro, anterior à significação fálica.

*A situação entre a mãe e a criança comporta que esta última tem que descobrir essa dimensão, a de que alguma coisa é desejada pela mãe para além dela mesma, isto é, para além do objeto de prazer que ela sente inicialmente ser ela mesma para a mãe, e que aspira a ser.*⁶¹

O pai vem salvá-la, se a criança receber, do discurso materno, o papel privilegiado em seu desejo, se a mãe o reconhecer como portador de alguma lei, uma palavra válida, por desejá-lo e respeitá-lo como homem. O significante Nome-do-pai⁶² é o que determina o lugar exato do desejo da mãe. Por isso que se diz que o melhor presente que um pai pode dar a seu filho, é amar sua mãe (e ser amado por ela). O reconhecimento dela, desse amor, possibilita o deslocamento do espaço imaginário inicial do corpo-falo para a função simbólica do pai.

É necessário sublinhar a importância de se compreender a teoria freudiana da sexualidade, a partir do complexo de castração e afirmar a relação das duas leis: lei do prazer e Lei da castração ou do desejo. A segunda é a que se incorpora no sujeito, através do complexo de castração, ou seja, o complexo de Édipo. A castração limita o assujeitamento da criança ao gozo do Outro, instituindo uma possibilidade de prazer, como veremos adiante.

⁶¹ LACAN, Jacques. *O Significante no Real* (20 de março de 1957). **O Seminário, Livro 4: A Relação de Objeto**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995, p. 248.

⁶² “(...) O Nome-do-Pai significa aqui que o sujeito assume seu desejo como de acordo com a lei do pai (a castração simbólica) e as leis da linguagem (sob o golpe do recalçamento originário). A falta eventual dessa última operação traduz-se, clinicamente, pela inibição ou por uma impossibilidade de dar seqüência ao desejo, em suas conseqüências afetivas, intelectuais, profissionais ou sociais”. CHEMANA, Roland. (Org.), *Op. cit.*, p. 148-49.

Para que a castração tenha seu efeito organizador, deverá ser no segundo momento, da sideração da criança diante da falta física da mãe, ao percebê-la na realidade, diferente naquilo em que ela não tem e assimilar esta ausência de alguma forma:

A castração, que tentamos definir, toma por base a apreensão no real da ausência de pênis na mulher. Na maioria dos casos é este o ponto crucial, na experiência do sujeito masculino, o fundamento em que se apóia, de um modo especialmente eficaz, e angustiante, a noção da privação. Existe, de fato, uma parte dos seres da humanidade que é, como se diz nos textos, castrada. É claro que este termo é perfeitamente ambíguo. Eles são castrados na subjetividade do sujeito. No real, na realidade, naquilo que é invocado como experiência real, eles são privados.⁶³

Lacan (1957), referindo-se ao complexo de Édipo, diz que é um fato que para que a situação se desenvolva em condições normais, isto é, para que o sujeito se tolere no mundo de realidade tal como este é organizado com sua trama de simbólico, é preciso que haja estagnação e fixação de dois termos relacionados à questão da **castração**.

*É preciso que o verdadeiro pênis, o pênis real, o pênis válido, o pênis do pai funcione, por um lado. É preciso, por outro lado, que o pênis da criança, que se situa comparativamente ao primeiro, numa *Vergleichung*⁶⁴, reúna-se a sua função, sua realidade, sua dignidade. E para fazer isso, é preciso que haja passagem por essa anulação que se chama complexo de castração.*

Em outras palavras, é na medida em que seu próprio pênis é momentaneamente aniquilado que a criança é prometida, mais tarde, a ter acesso a uma plena função paterna, isto é, a ser alguém que se sinta legitimamente de posse de sua virilidade. E parece que este legitimamente é essencial ao funcionamento feliz da função sexual no sujeito humano. Tudo o que dizemos sobre o determinismo das ejaculações precoces e os diversos distúrbios da função sexual não tem qualquer espécie de sentido, senão nesse registro.⁶⁵

⁶³ LACAN, Jacques. *Sobre o complexo de castração* (13 de março de 1957), **O Seminário, Livro 4**, Op. cit., p. 224.

⁶⁴ Comparação, confrontação.

⁶⁵ LACAN, Jacques. *Sobre o complexo de castração* (13 de março de 1957), **O Seminário, Livro 4**, Op. cit., p. 373-4.

Para que a castração possa se dar efetivamente, temos um pai investido de atribuição fálica.

*Há o pai simbólico. Há o pai real. A experiência nos ensina que, na assunção da função sexual viril, é o pai real cuja presença desempenha um papel essencial. Para que o complexo de castração seja pelo sujeito verdadeiramente vivido, é preciso que o pai real jogue realmente o jogo. É preciso que ele assuma sua função de pai castrador, a função de pai sob sua forma concreta, empírica, diria quase degenerada, sonhando com o personagem do pai primordial e a forma tirânica e mais ou menos horripilante sob a qual o mito freudiano a apresentou para nós. É na medida em que o pai, tal como existe, preenche sua função imaginária naquilo que esta tem de empiricamente intolerável, e mesmo de revoltante quando ele faz sentir sua incidência como castradora, e unicamente sob este ângulo – que o complexo de castração é vivido.*⁶⁶

Quando ingressa no Édipo referimo-nos, portanto, a um sujeito que, muitas coisas já vivenciou, uma história primitiva que vem dar sustentação, corroborar, impedir, enfim, que estará necessariamente presente nos conflitos que a criança terá que enfrentar, começando por ter que admitir possuir um só sexo (monossexualidade) e, portanto, ter que lidar de alguma forma com tudo o que biológica e socialmente lhe é impedido de ser.

Dos conflitos edípicos, podemos citar: o terceiro, rival, que se interporá entre ela e sua mãe; os sentimentos ambíguos tanto com o pai como com a mãe; a castração e os medos dela decorrentes; a imagem ideal de pai e mãe; o sentimento de exclusão e as feridas narcísicas (reeditadas ou inauguradas) da queda da onipotência, enfim, com os avatares de sua inscrição na ordem fálica, que lhe colocarão prerrogativas para a constituição de sua identidade de gênero e também sexual.

Desde as expectativas paternas o sujeito está inserido no sexual, se entendermos por isso o desejo sempre presente, desde seus pais, inaugurando um mundo relacional para o bebê do qual nunca poderá se ausentar (a não ser na psicose) até sua passagem pelo Édipo que o reafirma como sujeito de falta, incompleto, de desejo.

Quando chega ao sexo, propriamente dito, toda uma história psíquica foi constituída, a mesma que o constituiu como sujeito, e a qual prestará contas subjetivas ao longo da existência, de acordo com o posicionamento e sua inscrição na ordem simbólica, que o inaugurou como desejante.

⁶⁶ Ibid., p. 374.

As relações do sujeito, a partir daí, serão impregnadas e vetorizadas pelo objeto a. Daí Lacan afirmar que as relações são sempre ‘a-sexuadas’ ou seja, o objeto a é o prefixo de todas nossas relações sexuadas, sendo chamado a partir de 1960, “objeto causa do desejo”.⁶⁷ O objeto a é, portanto, aquilo que presentifica a falta no sujeito, seu desejo que, como vimos, é o desejo do Outro. O reconhecimento da falta é o que baliza a dialética edipiana e a passagem pela castração,

*ao final da qual a criança abandona a posição de objeto do desejo do Outro, em prol da posição de sujeito desejante, onde lhe é dada a possibilidade de trazer para si objetos eleitos como objetos substitutivos de desejo colocados metonimicamente no lugar do objeto perdido.*⁶⁸

No registro da castração afirmamos que para o pênis funcionar, ela tem que ser bem sucedida. O que significa que a castração impôs os limites claros ao gozo do ser (*jouissance de l'être*) instaurando o gozo fálico, ou seja, para o homem gozar com seu órgão, ter o gozo fálico, a castração tem que ter se dado eficazmente, de modo funcional, pragmático, que leve ao bom resultado, poderíamos dizer, eticamente. O que significa que o pai funcionou como sendo seu agente: separou a célula mãe-criança, esteve à altura da atribuição fálica, dando provas disso (instauração do Nome-do-Pai), reprimiu o pênis infantil e manteve o garotinho feminilizado, numa posição de submissão a ele, com a promessa de que seu filho poderia ser viril no tempo certo e com as mulheres certas (nesse momento o garotinho é impotente *sem* disfunção erétil, por isso necessita da masturbação para se sentir aliviado).

O pai o convenceu de que valia a pena abrir mão da mãe (e do gozo do Outro), para ter prazer com o seu pênis (gozo fálico). Ele lança para o filho, a promessa de que as outras são melhores, porque permitidas, do que a Outra. Instaura com isso, o desejo do diferente, do *heteros*, a exogamia como uma segurança à sua virilidade. Sem essa promessa, o filho permanece feminilizado, ou fica no endogâmico, na indiferenciação, no *homo*. Não esqueçamos que estamos no registro do imaginário.

⁶⁷ CHEMANA, Roland., Op. cit., p. 153.

⁶⁸ DOR, Jöel. **Introdução...**, O inconsciente..., Op. cit., p. 147.

O pai, que convence o filho e lhe oferece como válido o gozo fálico, é o pai que se dá como objeto de amor, ou seja, como objeto identificatório, como norte à identificação do menino. É um homem que se dá a amar, é aquele no qual o filho reconhecerá um traço materno, seu primeiro referencial de amor. O pai que também acolhe e pode ser amável é o homem que pôde aceitar uma boa parcela de sua feminilidade, ou seja, de sua identificação com a mãe naquele momento primordial de feminilidade primária, em que suas necessidades recebiam um ‘mais-além’ de amor, instaurando, para todo o sempre, uma demanda de amor.

Temos agora que afirmar então, que se a castração não for bem sucedida, estamos diante da ‘impotência’ (que é a implicação subjetiva da falha da masculinidade na disfunção erétil). Recapitulemos que não ser bem sucedida, é não responder ao princípio ético funcional, ou seja, se for demais ou a menos, não é bem sucedida.

Problemas com a castração remetem-nos diretamente à psicopatologia, pois em todas as neuroses e, principalmente na histeria, considerada a principal neurose desde Freud, a questão é com a castração. Em Lacan (1972-73): “Para o homem, a menos que haja castração, quer dizer, alguma coisa que diga não à função fálica, não há nenhuma chance de que ele goze do corpo da mulher, ou, dito de outro modo, de que ele faça o amor.⁶⁹”

A relação entre gozo e castração, em Braunstein (1992), é a oposição fundamental na clínica lacaniana e ao mesmo tempo o eixo sobre o qual se articula a direção da cura analítica.

Para o homem, chegar ao sexo é um marco social na constatação de seu sucesso identitário masculino. A potência peniana foi e é (agora reavivada com a farmacologia, como já vimos) associada à sua potência masculina, isto é, pênis = falo.

Kehl (1996) revela essa equação referindo-se ao conto de Machado de Assis, *A Queda que as Mulheres têm pelos Tolos*: “só um tolo acredita sinceramente que seu órgão sexual *seja* o falo, mas sem esta crença tola nenhum homem está em posição de seduzir

⁶⁹ LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 20: Mais, ainda.**, Op. cit., p. 97.

uma mulher insinuando: ‘eu tenho o que você quer’⁷⁰’. A possibilidade de sedução teria que ter uma outra via, para uma mulher que aceite uma outra proposta senão esta mentirosa. A mentira masculina não é a insinuação da incompletude feminina, pois esta é constitucional a ambos, mas iludi-la e iludir-se de que é no sexo, na genitalidade, que eles se completariam.

Se a sedução se dá por intermédio do pênis=falo, o eventual insucesso sexual com as mulheres pode ser ameaçador à imagem masculina. Para Freud (1940), na difícil travessia edipiana,

*quando o processo somático da maturação sexual dá nova vida às antigas fixações libidinais que aparentemente haviam sido superadas, a vida sexual mostrará ser inibida, sem homogeneidade e dividida em impulsos mutuamente conflitantes.*⁷¹

Não raro temos aí, para os homens, o início de muitas das dificuldades sexuais e de relacionamento. O temor do desempenho, de ser rejeitado, de não ser capaz de lidar e seduzir a mulher (reminiscências de sua falta de dotação genital para seduzir a mãe) e muitos outros medos, associados ao fracasso sexual, podem perpetuar temores, através de dificuldades, que se apresentam depois como queixas clínicas de impotência, ejaculação precoce, inapetência, etc. É o que comumente vemos nas demandas masculinas dos consultórios médicos e psicológicos.

Vemos, assim uma necessária correlação entre os sintomas disfuncionais da sexualidade masculina e seu contraponto relacionado às questões identitárias, todas elas e cada uma, principalmente sua relação diante da função fálica que inscreverá socialmente o homem na masculinidade ou não.

Nossa posição é de que, independentemente da etiologia da disfunção sexual masculina, sempre que o sintoma se instala, são ativados núcleos histéricos no sujeito, pois desestabilizar a atividade sexual no homem é tocar em reminiscências de sua atribuição fálica, reavivar a castração e, portanto, remeter esse sujeito à sua vivência edípica e sua

⁷⁰ KEHL, Maria Rita. **A Mínima Diferença: masculino e feminino na cultura**. Rio de Janeiro, Imago, 1996, p. 75.

⁷¹ FREUD, Sigmund, *Esboço de Psicanálise* (1940), Vol. XXIII, Op. cit., p. 204

resolução ou não, com seu pai real. A potência no homem, é o que atesta o sucesso de sua assunção à masculinidade e é exatamente isto que o sintoma coloca à prova, independentemente de sua causa.

Veremos a seguir, com o caso de Armando (nome fictício), como a difícil articulação da castração com o gozo incestuoso coloca à prova sua masculinidade e, incapaz de sustentar uma posição fálica diante de seu desejo, sucumbe histericamente a várias somatizações, inclusive a DE.

CAPÍTULO 3.5: ARMANDO: A IMPOTÊNCIA QUE SALVA.¹

*Nesta vida, em que sou meu sono,
Não sou meu dono,
Quem sou é quem me ignoro e vive
Através desta névoa que sou eu
Todas as vidas que eu outrora tive,
Numa só vida.
Mar sou; baixo marulho ao alto rujo,
Mas minha cor vem do meu alto céu,
E só me encontro quando de mim fujo.
Quem quando eu era infante me guiava
Senão a vera alma que em mim estava?
Atada pelos braços corporais,
Não podia ser mais.
Mas, certo, um gesto, olhar ou esquecimento
Também, aos olhos de quem bem olhasse
A Presença Real sob disfarce
Da minha alma presente sem intento.
Nesta vida, em que sou meu sono*

Fernando Pessoa

¹ Parte deste capítulo foi apresentado como caso clínico no X Congreso Latinoamericano de Sexología Y Educación Sexual em Cuzco, Peru em outubro de 2000 cujo abstract está publicado em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Vagina emasculativa na psicopatologia do impotente. **Libro de Resúmenes**, X Congreso Latinoamericano de Sexología Y Educación Sexual, Cuzco, Peru, 24 a 27 de outubro de 2000, 130p.

Armando, 54 anos fora acompanhado pela Psiquiatria devido a um quadro de depressão. Tendo recebido alta do tratamento psiquiátrico, é encaminhado para a psicoterapia, com queixa de DE há vários anos, a qual agravou-se com a morte da esposa, há 3 anos. Nunca mais manteve relações sexuais. Sua DE se caracteriza por uma dificuldade de manter a ereção durante a penetração sexual. Passou por avaliação do Ambulatório de Uro-impotência, sendo que nenhum de seus exames apresentou alteração. Recebeu, então, indicação para tomar Viagra, mas alegou falta de condições financeiras para comprá-lo.

Armando se mostrou extremamente motivado, desde o início do tratamento psicoterapêutico, nunca faltando às sessões, mesmo quando acometido de algum sintoma físico (resfriado, dores na coluna, dores de cabeça). Inicialmente ele tinha muitas outras queixas, como fraqueza, insônia, dores nas costas, esquecimento, que foram cedendo ao longo do acompanhamento.

Desde muito novo tinha problemas inexplicáveis de saúde que desapareciam espontaneamente: labirintite, pressão baixa, pressão alta, incontinência urinária, retenção urinária, mal-estar em viagens. Quando a mãe adoecia, logo em seguida ele tinha os mesmos sintomas, que desapareciam espontaneamente.

Relata que desde o ensino primário, não conseguia concentração para os estudos, o que o deixava desesperado e com crises de choro. Passou a repetir de ano, por mais que se esforçasse em estudar. Na época, os pais, preocupados, levaram-no a vários médicos que apenas lhe receitavam vitaminas e fortificantes. Ele imaginava que o achavam debilitado. “Meus pais também achavam que era uma fraqueza da cabeça, do corpo”.

Nessa época em que teve de abandonar os estudos sentiu-se muito mal, angustiado e deprimido: “queria competir e não conseguia, era muita angústia”. O pai lhe perguntou por que ele insistia em estudar se não tinha sucesso. Isso o fez sentir-se muito magoado, pois diz que tudo o que queria na vida era terminar os estudos, fazer faculdade: “o meu fantasma que me assusta é que eu me senti inabilitado, com complexo de inferioridade. Sempre fui atrasado, nunca fui um aluno de primeira. Toda vez que eu me aperto parece que tem uma rejeição dentro de mim. Cheguei à conclusão de que eu era

fraco. Eu tenho uma ‘fronteira’ atrasada com relação aos outros”. Diz que depois aprendeu a lidar com essa sua dificuldade que chama de “atraso”: “consigo muita coisa, mas tem de ser devagar e do meu jeito. No meu ritmo eu consigo realizar tudo, mas sempre é devagar, sempre atrasado”.

Durante todo o tratamento, Armando apresenta-se conformado com sua dificuldade sexual, diz que nunca tinha sido como os outros homens. Durante toda sua juventude evitou se envolver sexualmente com mulheres e determinou para si que quando fosse ter um relacionamento mais sério, o sexo não poderia ser o fator mais importante: “no aspecto de sexo sempre fui muito receoso, sempre tive medo de ‘incompetência’, pois se eu tinha ereção eu não gozava ou senão nem a tinha. Isso me fez me afastar das garotas e a evitar as situações sexuais. Eu sabia que este era meu ponto fraco”.

A primeira vez que teve uma relação sexual completa foi aos 37 anos, após o casamento, com a esposa, oito anos mais velha. Desde o início de seu relacionamento com sua esposa, deixou claro que sexualmente ele era “fraco”, e que eles teriam de embasar o casamento em outras coisas como amizade, companheirismo, cooperação, etc. Ele relata como se sentia após o sexo: “sempre depois de fazer sexo sentia medo, um receio não sei dizer ao certo. Parece que toda vez tinha cometido uma infração, um crime. Como um ‘complexo de culpa’ por eu estar fazendo ‘alguma coisa errada’”.

Relata que sempre teve problema de manutenção da ereção e com qualquer tentativa de movimento durante a relação, ela se desfazia. Diz que precisava ainda de uma “rotina” diária para poder se excitar (“funcionar”): “para fazer qualquer coisa que exige concentração eu tenho de estar em um ambiente seguro, principalmente para conseguir funcionar”. Fora da rotina doméstica diz que fica “anestesiado”: “eu acredito que sou muito sensível às alterações de rotina, até meu aparelho digestivo não funciona. Todas refeições têm de ser no horário da rotina”. Não sabe quando essa “necessidade de rotina” começou, mas na casa dos pais, quando criança, não havia muitos horários ou rotinas e isso já o incomodava: “meu pai era um homem simples, não tinha essas coisas, eu acho que isso era uma coisa minha mesmo”.

Viveu com a esposa durante 14 anos. Nunca teve a “ilusão de ser apaixonado”, apenas tiveram amizade. O casamento aconteceu como um “acordo” entre os dois, pois ela e ele já tinham certa idade e não haviam se casado ainda. A prioridade de sua vida “era ganhar dinheiro e não o lado emocional”. Segundo ele, sua esposa o ajudava muito a conseguir o que desejavam materialmente. Ela trabalhava e vivia articulando planos financeiros, incentivando-o, e com isso ele se sentia valorizado: “ela ocupava minha inabilidade em lidar com assuntos como dinheiro e amizades. Juntos, um compensando o outro, fazíamos o casal que dá certo. Ela se foi e eu perdi 2/3 da minha renda familiar e agora eu não consigo recuperar isso”. Hoje vive com a pensão da esposa e diz aos outros que é aposentado para que não pensem que ele vive do dinheiro dela. Armando mantinha uma posição filial face à esposa-mãe (mais velha que ele 8 anos), mantendo-se regredido e infantilizado, precisando de seu reconhecimento e apoio.

Ao se referir ao seu relacionamento com a esposa, o que impressiona é a forma como ele se gaba de ter “arquitetado” todos os detalhes, planejando cada coisa da forma como ele achava que deveria ser: os horários, a arrumação da casa, os enfeites, as roupas da esposa que ele mesmo comprava, sua maquilagem, a tinta do cabelo na cor que ele queria que ela usasse.

Refere-se ao corpo da esposa como “sagrado”: “eu adorava aquele corpo como se fosse o meu corpo”. A identificação narcísica¹ ao corpo da esposa revela-nos o modo como Armando se via: com um corpo “sagrado” para ser admirado, exatamente como um bebê que oferece seu corpo à admiração materna, para ser amado, amparado e cuidado. Ele relata que ‘cuidava’ do corpo dela, desde os detalhes das roupas até a higiene e que brigavam todas as vezes que ela não se arrumava do jeito que ele havia lhe determinado: roupas sensuais, maquilagem, penteado. Diz serem esses os únicos motivos de briga entre o casal.

¹ “Tal identificação narcísica está presente, para Lacan, na fonte da relação imaginária e libidinal do homem com o mundo em geral; de fato, na medida em que o sujeito vê seu ser num reflexo em relação ao outro, como o ensina o estágio do espelho, é necessariamente por introjeção do que percebe no outro, e isso no lançamento de um olhar, que ele pode então atribuir a si mesmo um lugar no mundo.” KAUFMANN, Pierre. Op. cit., p. 354.

Ele se refere à esposa, principalmente ao seu corpo, com veneração, no entanto, sem excitação, não se refere à excitação sexual, pois, como diz: “nessa parte, sempre foi fraco”, daí terem poucos contatos eróticos e relações sexuais bastante espaçadas. Em todas as relações com a esposa usava preservativo: “para não sujá-la por dentro, como uma forma de respeitar e preservar aquele corpo adorado”.

Nunca quis ter filhos e diz que sempre soube que não seria um bom pai, pois não gosta de crianças. Não ter crianças em casa, era uma das condições para que o casamento deles desse certo. Por conta desses “acordos” relata que viviam muito bem. Armando não se sentia capaz de assumir a posição de pai, permanecendo no papel de marido-filho, identificado narcisicamente com a esposa-mãe, numa reedição edípica que o mantinha infantilizado.

Com a morte da esposa, há 3 anos, afastou-se de tudo e percebeu-se só, “eu estava precisando dos outros, meu lar era sustentado por dois pilares e um caiu e então tudo caiu sobre mim. Hoje eu vivo embaixo dos escombros”. Comenta que os maridos das amigas da esposa que freqüentavam sua casa começaram a tratá-lo mal até que um deles lhe disse para se afastar, “ficar na dele”. Ele diz: “não sabia que os viúvos eram discriminados”. Teve receio, sentiu-se inseguro e rejeitado, com muito medo dos sintomas que sentia – esquecimento, impotência, insegurança, fraqueza, tonturas - porque a mãe teve os mesmos sintomas e começou a ficar esquecida: “quando ela começou a perder xixi, arruinou tudo depois”.

Relata que sentiu o envelhecimento e os problemas de saúde a partir do momento em que os pais ficaram doentes sendo que ambos faleceram há 10 anos. “A partir daí senti um desgaste psicológico muito grande, e com o problema de minha esposa, foi um desgaste intolerável”.

No início do tratamento, Armando se queixa continuamente da morte da esposa, perda que lhe significou ter que abrir mão do que “arquitetou” para sua vida, desde o momento que se juntou a ela. Tudo era perfeito, como ele havia planejado antes do casamento – um compensando o outro em suas falhas – e ao perdê-la: “sinto-me novamente ‘inabilitado’ diante da vida” (como quando teve que abandonar os estudos).

A dor da perda de sua esposa, aparece várias vezes nas sessões, diluída em lágrimas, imprecisa: “isso não poderia ter acontecido”. Aos poucos, ao longo do tratamento, ele passa a ser mais cômico desta perda, do que sentia ter perdido: a “*compensação*” (como ele mesmo chama) vivida na relação com a esposa de seus aspectos “fracos”, e que possibilitava na verdade um encobrimento (velamento) para si e para os outros de suas fraquezas (mais tarde percebe que a tentativa de manter escondido esses aspectos, apesar de protegê-lo, impedia que pudesse enfrentá-los.).

Perceber que a relação lhe servia de suporte, parece possibilitar, que em seu luto, Armando se deprima sem, contudo, abandonar-se ou tornar-se melancólico. Sente-se carente, adocece, reclama atenção e carinho a parentes e amigos, mas ao perceber-se só, procura meios de se reerguer apoiado na inflação de sua auto-estima: “só os bons é que vencem”, diz o provérbio em que se apoiou e parece que a partir daí Armando quer ser ‘bom’ ou quer ficar ‘bom’ (parecer ‘bom’?) para vencer. É quando procura tratamento médico (quer um “check-up”) motivado pela dúvida e receio de que poderia adoecer ou já estar doente como sua mãe, antes de falecer – nesse momento, Armando apresenta-se regredido, confuso (como ela se apresentou antes de morrer), impotente, identificado com sua mãe doente.

Ao receber o diagnóstico da Neurologia de que estava com depressão, rejeita e coloca em dúvida a capacidade do médico que o avaliou; parece ter se decepcionado (consigo mesmo?) por ter algo tão frívolo, para ele um problema de “pessoas com cabeça fraca”. Algum lugar de seu corpo poderia estar gravemente doente (daí o desejo do “check-up” geral) e alguém lhe diz, “após uns breves exames”, que ele está deprimido.

Aceitou o tratamento pois a medicação prescrita e o fato de ser pela Unicamp, davam-lhe a garantia de credibilidade, o outro investido por ele de autoridade, o outro suposto-saber. Ao receber alta da Psiquiatria, formula a queixa de DE, o que o traz até a psicoterapia.

Armando mostra certa clareza e aceitação de que deveriam existir aspectos psíquicos em conflito (ele mesmo se refere a isso) e que estariam envolvidos em sua problemática geral – luto, DE, “inabilidade” perante a vida, doenças. Contudo, fica a

questão: quais aspectos seriam importantes? Por não conseguir identificá-los, Armando trazia para as sessões tudo o que pensava, sonhava, fantasiava, numa extensa prolixidade sem saber o que poderia ou não ser importante. Essa “abstenção de juízo”, se podemos assim chamar, facilitou o tratamento de Armando, no sentido de dar livre curso ao material psíquico, contudo, sem ainda permitir que os aspectos mais remotos de sua história de vida pudessem emergir².

Aos poucos Armando pôde perceber o quanto seu relacionamento tão “perfeito” acabou por não lhe permitir mudar e encarar seus receios. Viviam em uma redoma e agora sua dúvida está em reeditar isso com outra mulher (se encontrá-la) para não sofrer mais ainda, ou então enfrentar seus medos e tentar mudar. Em sua fala, muitas vezes Armando parece considerar a primeira alternativa – substituir a esposa ‘compensatória’, como a mais suportável. A questão é que para concretizá-la ele precisa encontrar outra mulher, e é justamente essa busca, que ele se sente agora incapaz (impotente) de enfrentar. Aqui se esclarece o fato de que, apesar da indicação para o Viagra, Armando se recusa a tomá-lo³.

Armando diz que jamais se colocaria em uma situação erótica sabendo de suas limitações sexuais e que, além disso, não gostaria de ter “dor-de-cabeça com mulher pegando no pé”. Diz que somente quer um contato mais íntimo quando achar uma mulher que possa substituir sua esposa: “eu tinha uma estrela e agora quero outra. Não vou tentar enquanto não encontrar uma”. Essa idealização excessiva da esposa parece ajudá-lo a justificar sua ‘evitação sexual’ por outras mulheres – ele diz temer que outra mulher não vá compreender sua limitação erétil, não vá amá-lo, poderá desprezá-lo ou querer apenas seu dinheiro. O sentimento de que as mulheres são ‘interesseiras’ o acompanha constantemente. Nenhuma se iguala à perfeição idealizada da esposa morta.

² Assinalando aqui a importância de buscarmos compreender o sentido do sintoma como colocado por Joyce McDougall: “Os sintomas – sejam neuróticos, psicóticos ou organizações de caráter, modalidades de ação, adições ou manifestações psicossomáticas- são, *sem exceção*, resultado de esforços infantis no sentido de encontrar soluções para a dor mental e o conflito psíquico”. McDOUGALL, Joyce, **As Múltiplas Faces de Eros**, Op. cit., p.168.

³ Ele não aceita participar do grupo que receberia o medicamento do Laboratório.

Relata sonho recorrente ao qual se refere como ‘erótico’ e que acha que pode ajudar a esclarecer o seu problema erétil. Sonha que está em jogos amorosos com uma mulher (conhecida ou não) e muito excitado e envolvido até que na hora da relação sexual ou quando os contatos vão ficando mais íntimos, sempre aparece alguém interrompendo. Diz que já sonhou que ia “comer” sua mãe, e daí apareceu alguém. Fala que esse sonho foi um ‘absurdo’ e depois se sentiu bem que tenha sido interrompido, para não consumir o incesto; quando acordou, estava com ereção e se sentiu muito mal por isso, culpado, não conseguiu mais adormecer e teve que se masturbar evocando fantasias com a esposa.

Sempre acorda após a interrupção do sonho com uma ereção intensa que, muitas vezes, obriga-o a se levantar ou a se masturbar. Essas ereções lhe confirmam que realmente não tem nenhum problema físico, mas psicológico, o que o motiva a continuar o tratamento psicoterapêutico.

Em um relato posterior de um desses sonhos, diz que estava com uma moça namorando, mas, a todo momento, alguém vinha interromper e ele então tinha que se afastar para fazer alguma coisa que lhe era pedido para depois retornar ao namoro. Percebeu que, devido às interrupções, nunca iria conseguir ter uma relação sexual com a moça. Para sua surpresa, sempre era alguém de sua família (mãe, pai ou irmãos) que o interrompia nesses momentos. Não consegue associar a nada esses seus sonhos, porque considera que sempre teve “uma vida boa com a família” e que eles nunca se intrometeram em sua vida ou o atrapalharam em nada. Imagina tido uma infância tranqüila, mas a amnésia deste período não lhe permite recordar quase nada.

Em seus sonhos, Armando é ‘protegido’ dos contatos sexuais pelas interrupções (de seus familiares) e uma interrupção também o ‘protegeu’ do absurdo’ de ter relação com sua própria mãe. Nesse sonho temos claro como o absurdo (!) que aquilo que o angustia é o mesmo que lhe causa imensa excitação sexual e que o obriga à masturbação, nesse mesmo momento, para alívio de sua potente ereção. Este sonho poderia esclarecer o que ele sente depois do sexo e que chama de ‘complexo de culpa’? A fantasia de gozo incestuoso, evidenciada neste sonho, não estaria relacionada ao que ele sente toda vez depois de fazer sexo: ter cometido uma infração, um crime, sentindo medo e receio não sabe do quê?

Em sonho, Armando não tem DE, mas a fantasia incestuosa que o excita, nem em sonho pode se realizar, é um absurdo (!) e alguém vem impedi-lo. Diante do absurdo de ‘comer’ sua mãe, ele fica impotente. Para não enlouquecer na fantasia de um gozo insuportável, em vigília resta-lhe a saída histérica de negar sua sexualidade como homem e ceder às somatizações.

Armando nos deu uma importante pista sobre como, inconscientemente, tentou solucionar seus conflitos internos, e assim fomos tecendo uma certa compreensão dos conflitos que concorriam na manutenção de seu funcionamento e de sua dor psíquicos: desde muito novo adoecia repentinamente, sem nenhuma causa ou diagnóstico claro, o que mobilizava seus pais a procurarem ajuda médica, mas, inexplicavelmente, recuperava-se após certo tempo. Ele diz que a única coisa que manteve até hoje como sintoma invulnerável foi sua dor nas costas e seu problema sexual.

Todos os outros sintomas, apesar de agudos e de dispenderem tempo e energia de sua parte, acabaram por ceder espontaneamente. As somatizações, uma delas a DE, parecem ser uma antiga forma de Armando expressar seus conflitos psíquicos: no corpo doente, super tenso de emoções somatizadas, no limite dos sentidos, em que a dor parece ser o único gozo seguro do seu corpo, gozo possível, contraponto do absurdo ‘gozante’ da fantasia incestuosa. Para Freud,

O sintoma é para a vida psíquica um hóspede indesejável: tudo está contra ele, e é por isso que pode dissipar-se com tanta facilidade, aparentemente por si só, sob a influência do tempo. No início, não tem nenhum emprego útil na economia doméstica psíquica, porém com muita frequência encontra serventia secundariamente.⁴

Em Freud, o motivo para adoecer é sempre a obtenção de algum lucro, primário e, eventualmente, algum lucro secundário⁵. O corpo adoce para evitar o adoecimento psíquico insuportável, garantindo como pode, a sobrevivência egóica. É assim que Armando ‘faz’ o que *pode*, psiquicamente, para sobreviver e acaba por encontrar ‘saídas’ dolorosas, mas suportáveis, para seus conflitos psíquicos. A ‘fuga’ para a disfunção erétil

⁴ FREUD, Sigmund, *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria*, Vol. VII, Op. cit., p. 50.

⁵ “Em primeiro lugar, o adoecimento poupa uma operação psíquica, emerge como solução economicamente mais cômoda em caso de conflito psíquico (é a ‘fuga para a doença’), ainda que, na maioria das vezes, depois se revele de maneira inequívoca a inoportunidade dessa saída. Essa parte do lucro primário pode ser descrita como *interna* ou psicológica, e é, por assim dizer, constante.” *Ibid.*, *citação de nota de rodapé*, p. 50

parece ser uma delas. Por se tratar de seu sintoma mais consistente ao longo dos anos, podemos pensar nele como uma ‘solução’, que acabou por impor-lhe certas restrições e condições à sua vida sexual como um todo⁶.

Ele *precisa* manter-se ‘impotente’ para se proteger de seus fantasmas e da proximidade com a excitação que o ameaça. Para ele, o prazer do gozo fálico (a ejaculação) é algo ‘sujo’ que ele não permitia que maculasse o ‘corpo sagrado’ da esposa. Seu sêmen, fruto e marca do ‘absurdo’ que lhe dava prazer, só poderia ser algo igualmente ‘sujo’.

E a que lhe remetia o ‘corpo sagrado’ da esposa, que ele amava como se fosse o seu próprio corpo, cuidadosamente ornamentado para ser admirado, venerado, preservado, mas sem despertar-lhe desejo? Quando estavam juntos, ele não a possuía, senão esporadicamente, e o sexo era burocrático, sem prazer. Mas como objeto de fantasia masturbatória, a lembrança do corpo da esposa, permite-lhe ‘gozar’, como após o sonho em que se excita com a mãe e, para se aliviar desta tensão, masturba-se invocando o “corpo sagrado” da esposa.

A substituição do corpo materno, proibido, pelo corpo da esposa, possível, embora possa lhe proporcionar certo alívio prazeroso, não o redime da culpa do desejo incestuoso. A ameaça deste desejo apenas é aplacada pela tentativa de dessexualização, na qual o corpo feminino é para ser ‘admirado’ e não desejado.

Ao tratar o ‘corpo sagrado’ da esposa como se fosse o ‘seu’ corpo, ele quer permanecer identificado a ela, como parece ter permanecido identificado ao corpo materno (quando criança ‘repetia’ as doenças dela e tem medo de ficar doente como a mãe antes de falecer). Nesse sentido, Armando permanece feminilizado, sem alcançar a identificação paterna, sem falo, ‘sem’ pênis.

O pai, ao duvidar de sua capacidade para vencer os desafios e ao pedir-lhe, ainda enquanto garoto, que desista dos estudos, não acreditando em seu potencial e capacidade, não o autoriza a ter o falo. Impõe-lhe, assim, uma ‘impotência’ e, como pai, não se dá como homem para ser amado e admirado pelo filho, falhando assim em

⁶ “Os fenômenos patológicos são, dito de maneira franca, *a atividade sexual do paciente*”, Ibid., p. 110

oferecer-se como objeto identificatório e, conseqüentemente, não instaurando a castração de forma ‘efetiva’. Seu pai não permitiu que ele ascendesse a uma posição fálica, que lhe permitisse a posse de sua virilidade. O relacionamento do casal parental também em nada ajudou a travessia de Armando pelas questões edípicas, pois seus pais eram muito distantes um do outro, num complicado relacionamento conjugal; sua mãe, sempre dedicada à casa e aos filhos, parecia prescindir da presença masculina de seu pai (mãe dessexualizada = ‘sagrada’?).

Numa espécie de nostalgia da figura paterna, Armando tem especial interesse em manter amizade com homens em condição sócio-econômica e cultural acima da sua. Ele ‘arma’ situações para que estes encontros se dêem e para que esses homens ‘superiores’ possam, de alguma forma, reconhecer algo de valor que ele fala, pensa, faz, etc. Para ele, a aprovação e a aceitação desses homens é como um gozo, mais importante que qualquer prazer sexual. Em sua inabilidade viril, vive sob a égide desses homens que reconhece como potentes, figuras importantes, representantes de seu pai simbólico.

Armando se esconde de situações que o coloquem à mostra e, a todo momento, tenta fugir de suas limitações. Esse modo de agir aparece em várias situações corriqueiras de sua vida, na qual ele tenta obsessivamente controlar todas as variáveis e detalhes, para que nada lhe escape ao controle, e coloque à mostra suas inabilidades e fraquezas perante os outros. Com rotinas e controles, tornou-se um burocrático, em busca de segurança emocional, inclusive para “funcionar” sexualmente.

A rotina doméstica, os horários, a burocracia em que vive, parecem protegê-lo da desorientação, seu corpo precisa desse ritmo conhecido para “funcionar”. Armando não gosta, ou não suporta surpresas. Tudo tem que ser controlado, ele é o guardião em vigília de sua segurança psíquica. Em sonho, alguma coisa lhe escapa... talvez por isso, tantas vezes é acometido de insônia.

Armando relata que, apesar de não se perceber excitado, apenas consegue aliviar suas insônias com a masturbação e refere-se ao pênis como órgão autônomo, separado de seu psíquico. Parece difícil para ele *ter esse pênis* como aquele que sinaliza,

pela excitação, o seu desejo⁷ (como no sonho). Mais suportável parece ser eliminá-lo histericamente de suas relações, transformando-as todas em amistosas e mantendo intacta sua disfunção erétil como ‘solução’ ao conflito psíquico.

O que surpreende em Armando, e é o que a psicanálise vem revelar, é que a queixa que ele traz de DE, é justamente aquilo que ele não pode deixar de ter, pelo menos não tão rapidamente, como seria se aceitasse a promessa medicamentosa, que garante a ereção, mas não a segurança que ele precisa para conseguir encarar o sexo. A DE é o que lhe possibilita manter-se afastado de tudo o que lhe dá medo, receio e culpa e evitar as situações sexuais o mantém de certa forma seguro e estruturado.

A questão em Armando não é só ter sucesso erétil, mas conseguir chegar ao sexo. A marca de impotência e passividade que o pai lhe impõe, desautoriza-o enquanto homem, atestando sua incapacidade de sustentar uma posição fálica (ter o falo). A fantasia de gozo incestuoso (ser o falo) é a marca de seu aprisionamento edípico e como única alternativa ao prazer sexual, impele-o a defender-se histericamente, dessexualizando toda sua vida, mantendo-o infantilizado. Resta-lhe adoecer somaticamente, num gozo corporal, possibilidade menos ameaçadora, para continuar sobrevivendo.

Veremos a seguir a articulação entre gozo e sintoma, já ilustrada pelo caso de Armando. Continuaremos sustentando a hipótese de que a histeria ou a defesa histórica, neste caso utilizada por ele para lutar contra o gozo insuportável incestuoso, pode ser um paradigma para a impotência, quando a masculinidade, enquanto sustentação da potência fálica, é colocada em questão.

⁷ Admiti-lo ou incorporá-lo parece ser justamente o que deve evitar para sobreviver subjetivamente daí permanecer fragmentado, apesar da dor, pode ainda assim representar um ganho.

CAPÍTULO 3.6: SINTOMA E GOZO

*Beber a vida num trago, e nesse trago
Todas as sensações que a vida dá
Em todas as suas formas [...]
Dantes eu queria
Embeber-me nas árvores, nas flores
Sonhar nas rochas, mares, solidões.
Hoje não, fujo dessa idéia louca:
Tudo o que me aproxima do mistério
Confrange-me de horror. Quero hoje apenas
Sensações, muitas, muitas sensações,
De tudo, de todos neste mundo — humanas,
Não outras de delírios panteístas
Mas sim perpétuos choques de prazer
Mudando sempre,
Guardando forte a personalidade
Para sintetizá-las num sentir.
Quero folgar em bulício, em luz, em vozes,
— Tumultuárias [cousas] usuais —
o sentimento da desolação
Que me enche e me avassala.
Folgaria de encher num dia, [...] num trago,
A medida dos vícios, inda mesmo
Que fosse condenado eternamente
Loucura! — ao tal inferno.
A um inferno real.*

A Falência do Prazer e do Amor – Terceiro tema

Tom I

Fernando Pessoa

3.6.1. Princípio do prazer: uma barreira ao gozo

Voltando à questão freudiana do sintoma, a experiência clínica demonstrou a Freud (1917) que a ‘representação insuportável’ da qual o sujeito se esquiva com sofrimento é justamente aquilo que lhe causa desejo e excitação sexual e, portanto, desorganização psíquica.

Uma parte da personalidade defende a causa de determinados desejos, enquanto outra parte se opõe a eles e os rechaça. Sem tal conflito não existe neurose. Pareceria não haver nada de característico nisso. Nossa vida mental, conforme sabem, é permanentemente agitada por conflitos que temos de resolver. Sem dúvidas, por conseguinte, condições especiais devem ser preenchidas para que um conflito se torne patogênico.¹”

Com o conflito, a libido é forçada a encontrar outros objetos e outros caminhos, já que foi impedida de se satisfazer; essas outras opções suscitam desaprovação em uma parte da personalidade que impõe um veto, impossibilitando o novo método de satisfação. As tendências libidinais rechaçadas, recalçadas primordialmente, abrem então caminho por vias indiretas que são aquelas da formação dos sintomas. Estes constituem a satisfação nova e substituta, como já vimos anteriormente.

O recalçado primordial é um significante, e o que se edifica por cima pra constituir o sintoma, podemos considerá-lo como um andaime de significantes. Recalçado e sintoma são homogêneos, e redutíveis a funções de significantes. Sua estrutura, embora ela se edifique por sucessão como todo edifício, é contudo, inscritível em termos sincrônicos.²

A pulsão - que não consegue ser reconhecida e suportada como excitação, por ameaçar a organização psíquica - é fonte de angústia e geralmente se associa às emoções e aos sentimentos carregados de erotismo e vivenciados, no decorrer do desenvolvimento infantil, durante a fase edípica ou de sua resolução: “não pode haver dúvida de que o Complexo de Édipo pode ser considerado uma das mais importantes fontes do sentimento de culpa com que tão freqüentemente se atormentam os neuróticos.”³

¹ FREUD, Sigmund, *Conferência XXII – Algumas Idéias sobre Desenvolvimento e Regressão - Etiologia* (1917 [1916-7]), Vol XVI, Op. cit., p. 352.

² LACAN, Jacques. **O Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** 2 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998, p. 167.

³ FREUD, Sigmund, *Conferência XXI - O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais* (1917 [1916-7]), Vol XVI, Op. cit., p. 335.

Essas mesmas experiências psíquicas irão modelar, posteriormente, sua vida sexual e, por isso, postulou Freud (1905), “os fenômenos patológicos são, dito de maneira franca, *a atividade sexual do doente*.”⁴

Ainda em outro momento, na conferência sobre *Resistência e Repressão*, Freud (1917), nos diz da intenção dos sintomas: “verificamos que esta intenção é a satisfação de desejos sexuais; os sintomas servem de satisfação sexual do paciente; são um substituto da satisfação sexual, de que os pacientes se privam em suas vidas”⁵.

Mas por que uma parte da personalidade diz não ao desejo, gerando um conflito, se o que regula a totalidade da vida psíquica, assim como os sonhos, como já vimos, é o princípio de prazer?

A questão é a quantidade de excitação e estímulo no aparelho mental. Prazer, em Freud, está relacionado de alguma forma, à diminuição, redução ou extinção das cargas de estímulos e, de maneira semelhante, desprazer está em conexão com o aumento dessas cargas.

Lacan (1966), na conferência de Baltimore, diz que esta lei psicológica que chamamos de princípio de prazer (e que é apenas princípio de desprazer) está sempre pronta a criar uma barreira ao que denomina “*la jouissance*” (gozo). O que evitamos é o “*sujet de la jouissance*”: esta coisa insondável capaz de experimentar algo entre a vida e a morte, capaz de cobrir o espectro completo do prazer e da dor. Em *A Ética da Psicanálise*, Lacan (1959-60), referindo-se a Freud nos diz: “o que não pode deixar, primeiramente, de nos surpreender é que seu princípio do prazer é um princípio de inércia”⁶.

⁴ E Freud continua a se referir ao caso clínico de Dora: “Um caso isolado nunca permitirá demonstrar uma tese tão geral, mas só posso repetir vez após outra, pois jamais constato outra coisa, que a sexualidade é a chave do problema das psiconeuroses, bem como das neuroses em geral”. Id. *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905[1901]), Vol VII, Op. cit., p. 110.

⁵ Idem, *Conferência XIX – Resistência e Repressão* (1917 [1916-7]), Vol XVI, p. 305.

⁶ LACAN, Jacques. **O Seminário. Livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997, p. 39.

*Si estoy disfrutando un pouquito más de la cuenta, empiezo a sentir dolor y modero mis placeres. El organismo parece evitar demasiada jouissance. Estaríamos tan calmos como ostras – probablemente – si no fuera por esta curiosa organización que nos fuerza a romper esta barrera del placer o tal vez sólo nos hace soñar en forzar y deteriorar esta barrera.*⁷

3.6.2. Uma conceituação de gozo

O gozo em Freud não é mais que um vocábulo da língua, jamais um conceito de sua teoria. A concepção mais corrente faz do gozo sinônimo de prazer. A psicanálise, em Lacan, opõe-se a essa concepção, colocando o gozo como um excesso intolerável de prazer, seja uma manifestação do corpo mais próxima da tensão extrema, da dor e do sofrimento.

Como acepção corrente em nosso vocabulário, encontramos as seguintes definições⁸ para o que nos propomos a analisar aqui:

Goza: 1- experimentar grande prazer na posse de. 2- ter a posse de uma coisa de que se tiram vantagens; desfrutar. 3- *Bras. Pop.* Achar graça em, rir de; ridicularizar. 4- Passar a vida em prazeres. 5- *Bras.* Experimentar prazer sexual; ter orgasmo.

Gozo: (do latim *gaudium*, pelo castelhano *gozo*) 1- Ação de gozar. 2- Prazer extremo que provoca a posse da alguma coisa. 3- Prazer físico intenso; orgasmo. 4- *Pop.* Graça, motivo de riso; zombaria; motejo. 5- Livre uso de uma coisa ou de um direito. 6- Usufruto; ação de receber os frutos de uma terra, os juros de uma renda, os dividendos de uma ação. 6- *Psican.* Modo de existência do ser humano enquanto produtor de atividade simbólica.

Não temos absolutamente a intenção de sermos exaustivos neste tema vastíssimo em psicanálise, nem de pontuá-lo historicamente, como nos propusemos resumidamente com alguns outros conceitos fundamentais de que tratamos nesse trabalho. Nosso propósito será única e exclusivamente lançar uma conceituação de gozo,

⁷ LACAN, Jacques. El Discurso de Baltimore. Simpósio Internacional del Centro de Humanidades John Hopkins in DONATO, Eugenio y MACKSEY, Richard (ed) **The Languages of Chriticism and The Sciences of Man: the structuralist controversy**, Baltimore, John Hopkins University Press, 1970, p. 186-195.

⁸ **Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa**, São Paulo, Nova Cultural, 1999, p. 473.

principalmente dentro do pensamento lacaniano, “la jouissance”, que focalize nossa problemática aqui estudada e que irá nos auxiliar na fundamentação de nossa discussão final. Nesse primeiro momento, utilizaremos as idéias de Braunstein (1992)⁹ para iniciarmos nosso percurso.

É com sua significação convencional que a palavra aparece nos textos de Freud e de Lacan da primeira época, como sinônimo de grande alegria, de prazer extremo, contentamento ou êxtase. Este sentido convencional aparece também na obra de Lacan até um momento chave, cronologicamente bem definido. Até então, encontrávamos “la jouissance” como o equivalente de uma jubilação, tendo como seu paradigma o reconhecimento no espelho da imagem unificada de si mesmo (“moi”) e de outro lado, “la jouissance” do acesso ao símbolo, que permite um primeiro nível de autonomia frente às pressões da vida.

Até o fim dos anos 50, o eixo dos ensinamentos de Lacan eram: desejo, alienação e significante, vicissitudes do desejo, refração desse sobre a demanda articulada, desejo de reconhecimento e reconhecimento do desejo, acesso à realidade, passando pela imposição ao sujeito das condições do Outro, do mundo, da ordem simbólica que induz efeitos imaginários, regulação da satisfação de necessidades e determinação das condições dessa satisfação. A questão do gozo não era ponto central de seu ensino neste período.

Há um sismo conceitual, quando Lacan anuncia que a originalidade da condição do desejo do homem estava implicada em uma dimensão diferente, de um pólo oposto ao prazer, este que chama “la jouissance”. Este é o momento chave de que falamos.

O conceito de gozo, veio a Lacan pelo viés do Direito, da Filosofia do Direito de Hegel ao qual deve suas raízes e na qual o gozo aparece como qualquer coisa de subjetivo, de particular, impossível de partilhar, inacessível ao entendimento e oposto ao desejo que resulta de um reconhecimento recíproco de duas consciências e que é objetivo, universal, sujeito à legislação.

⁹ BRAUNSTEIN, Nestor. **La Jouissance**. Un concept lacanien. Paris, France, Point Hors Ligne, 1992.

O problema do gozo em Hegel é uma questão ética, da qual a psicanálise não pode ficar indiferente diante dessa oposição que afronta os corpos que gozam do desejo¹⁰, ao qual passa pela regulação do significante e da lei.

A Filosofia e o Direito, o discurso do mestre, privilegiam a dimensão desejante. Em Hegel, quando eu digo que alguma coisa me dá prazer ou quando eu a remeto ao meu gozo, eu não faço senão exprimir que esta coisa tem valor para mim. Com isso, eu suprimi a relação possível com os outros, que se fundamenta sobre o entendimento.

Gozo em Direito remete à noção de usufruto, que é uma apropriação dissimulante, pois ter o gozo de algo não é mais do que uma expropriação do que poderia ser do outro. Juridicamente, não posso gozar senão do que possuo e para poder possuí-lo plenamente é necessário que o outro renuncie às suas pretensões sobre esse objeto.

A teoria do Direito se estabelece como regulação das restrições impostas ao gozo dos corpos, ou seja, é o contrato social. É a história das barreiras ao gozo, do lícito e da licença. O que invariavelmente nos remete à castração.

É aqui também que a teoria do Direito e a psicanálise se encontram, pois que se coloca imediatamente o problema fundamental da propriedade primeira de cada indivíduo, o corpo e as relações desse corpo, desse sujeito, com o corpo do outro que são intermediados por um certo discurso ou relação social.

O sujeito da psicanálise, a que Lacan se refere, produz-se como efeito de uma articulação entre os Outros: o Outro do sistema significante, da linguagem e da Lei de um lado; e o Outro que é o corpo ‘gozante’, incapaz de encontrar um lugar nas trocas simbólicas e que aparece nas linhas do texto, na fala do sujeito, como pressuposto.

¹⁰ “Mon corps m’appartient-il ou est-il consacré à la jouissance de l’Autre, d’un Autre du signifiant et de la loi, que me dépouille de cette propriété, laquelle ne peut être mienne que si je l’arrache à l’ambition et au caprice de l’Autre?” Ibid., p. 14

O gozo é esse excesso (“trop”) traumático de excitação (“trop-matisme”), que está além do sistema amortizante das representações, dos significantes, que constituem o lugar do Outro e é esse buraco (“trou”) no simbólico (“trou-matisme”), que marca o lugar do real insuportável¹¹.

Esse gozo vem do exterior, pelo Outro que é interiorizado, portanto o Outro no interior de si mesmo (“d’extériorité intérieure”), representante do Um que se resignou por entrar no mundo das trocas e da reciprocidade. Essa posição de ‘exterioridade interior’, está muito próxima do que Freud chamou de Isso (“Ça”) e é topologicamente definido por Lacan como “extimité”.

Para Braunstein (1992), o Outro é sem dúvida o nó obscuro de nosso ser, lá onde não há palavras, nem inconsciente. Ele não é palavra, mas letra, “lettre”, escritura, linguagem que deve ser decifrada.

Mas o gozo não deriva só da interiorização desse Outro, de um exterior que é interior, poderíamos indagar: o gozo emana do sujeito ou do Outro? A sexualidade, como pulsão, não só afeta o corpo do interior dele mesmo, como também não é só de seu exterior, do gozo perverso do Outro, que o corpo é afetado. Ela é a borda de união-desunião, do sujeito e do Outro. Há um campo interior homogêneo ao exterior e vice-versa. Poderíamos esboçar o sujeito e o Outro como dois círculos enlaçados, mas efetuando-se uma torção com um traço contínuo que é o mesmo da borda da banda de Möebius.

*Todas essas manipulações têm o objetivo de mostrar-nos como o interior é sempre homogêneo ao exterior, além de nossa intuição espacial imediata: o que é interior pode se tornar exterior, porque sempre foi assim e vice-versa. A faixa de Möebius é, sem dúvida, o objeto topológico mais simples e que ilustra essa propriedade da melhor maneira.*¹²

¹¹ “De fato, o real encontra sua dimensão teórica a partir do momento em que a negação é fundada em sua determinação temporal – segundo a formulação freudiana de 1924: é real não o que é encontrado, mas o que é reencontrado. Ora, se é verdade que o real tem de ser reencontrado, e que, para um sujeito histórico, o objeto de desejo é por essência o objeto perdido – a ‘primeira’ pessoa provedora, cuja repetição está conseqüentemente vedada -, esse real se definirá precisamente como o impossível. Ainda nessa qualidade, em sua posição tópica, ele se caracterizará como ex-sistente (situado fora de todo o campo demarcável). Finalmente, e na medida em que lhe é assim conferido o estatuto de vazio, ele se articulará numa representação ‘borromeana’ com os vazios constitutivos do simbólico e do imaginário”. KAUFMANN, Pierre. Op. cit., p. 445.

¹² DOR, Joel. **Introdução à Leitura de Lacan**. Vol. 2, Estrutura do Sujeito, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995, p. 110.

A estrutura da faixa de Möebius pode ser usada como um *suporte metafórico* de algumas manifestações típicas da lógica do funcionamento psíquico, como a do obsessivo, por exemplo. Passa-se de uma dimensão (do sujeito, por exemplo) à outra (o objeto, o externo ou o Outro, por exemplo) sem descontinuidade e volta-se para o ponto de partida, “da mesma maneira que o obsessivo que passa do amor ao ódio encontra, neste último, a própria garantia de sua relação de amor. É para ele uma simples questão de envolvimento do objeto.”¹³,

Pode-se compreender assim como o círculo do desejo de um se confunde com o do Outro, o que Lacan chamará no seminário *A Identificação*, o nó onde se fixa toda a dialética da frustração. Retomamos com isso a idéia inicial freudiana da neurose “nascer” de uma frustração, um traumatismo, desse buraco (*trou*) na representação relacionado ao real insuportável de cada um, ou seja, esse lugar interno-externo do Um ocupado, inicialmente, por esse Outro e que nos remete ao gozo.

3.6.3. Dor: gozo do corpo

Na lição de 5 de março de 1958, do seminário sobre as *Formações do Inconsciente*, Lacan fala da oposição, já mencionada, entre gozo e desejo. Mas não foi senão mais tarde, em 1966, tratando do tema *Psicanálise e Medicina* que ele falará da experiência banal do médico, obrigado a constatar muitas vezes que, sob a demanda de cura do paciente, esconde-se freqüentemente seu desejo de continuar doente, agarrar-se à doença.

Lacan (1958) coloca que o corpo não é somente a *res extensa* de Descartes em oposição à substância pensante, mas ele é feito para gozar, gozar dele mesmo. Uma máquina de gozo. O corpo das pulsões é um corpo livre de silêncio, repleto de tensões. Esse gozo dos sentidos constitui a face mais bem escondida e a mais aparente da relação que se estabelece entre saber, ciência e técnica médica sobre corpos.

¹³ Ibid., p. 117.

*O gozo, la jouissance, é a carta roubada que o policial imbecil não encontra sobre o corpo após tê-lo fotografado, radiografado, calibrado e reduzido em diagrama até a graduação molecular, é a parte viva de uma substância que se faz entender através da fenda de si mesmo do fracasso do saber que pretende dominá-la.*¹⁴

A Medicina surge como um reflexo da doença e um saber sobre o sofrimento doloroso dos corpos. A preocupação com a saúde e com a fisiologia não aparece senão em segundo lugar, após a patologia. A Medicina define como seu objetivo o (re-)estabelecimento do estado de bem-estar do paciente, de adaptação, e de equilíbrio o qual podemos correlacionar com o ideal inicial de Freud do princípio de prazer, da menor tensão, da constância. A saúde, numa definição clássica de Leriche (1937) “é a vida no silêncio dos órgãos”¹⁵.

Mas o silêncio não é senão a ignorância, a indiferença dos corpos e de suas partes. Gozar de uma boa saúde pode equivaler a renúncia da experiência do gozo em favor do prazer, disto que distancia e aliena da vida do corpo, este como propriedade de alguém que o usufruiu.

O que Lacan chama de *jouissance* é, no sentido do que o corpo experimenta, da ordem da tensão, por isso há gozo quando começa a aparecer dor e ele diz que não é senão pela dor que se pode experimentar toda uma dimensão da origem que, de outro modo, ficaria deformada. Por isso falamos que o sintoma goza. Em Armando era o que o salvava...

O “gozo” da boa saúde pode ser o contrário do gozo do corpo, como uma experiência vivenciada por ele. A Medicina está, assim, dividida entre os objetivos do prazer e os do gozo e, em geral, assume sem crítica a demanda que lhe é formulada de erguer barreiras ao gozo, de o desconsiderar como uma dimensão da experiência. É nessa dimensão da experiência corporal que queremos primeiramente pontuar nossa conceituação de gozo.

¹⁴ BRAUNSTEIN, Nestor. Op. cit., p. 15. Tradução nossa. Remetemos o leitor ao seminário sobre a carta roubada (26 de abril de 1955): LACAN, Jacques. Op. cit.

¹⁵ LERICHE, R. **La Chirurgie de la Douleur**. Paris, Masson, 1937, p. 371.

3.6.4. Necessidade, desejo e demanda

Devemos aqui fazer uma diferenciação entre necessidade, desejo e demanda. Freud (1950 [1895]), no *Projeto para uma Psicologia Científica*, estabelece o “princípio de inércia neuronal”¹⁶, no qual a função primária do sistema nervoso é livrar-se de estímulos. Anos depois, em *Os Instintos e suas Vicissitudes*, assim se refere à atividade do aparelho mental:

*O sistema nervoso é um aparelho que tem por função livrar-se dos estímulos que lhe chegam, ou reduzi-los ao nível mais baixo possível; ou que, caso isso fosse viável, se manteria numa condição inteiramente não-estimulada.*¹⁷

Os estímulos podem ser internos, de dentro do próprio organismo, que Freud chamará de estímulos instintuais, como a fome, por exemplo, que se manifesta pelo surgimento de um desprazer que gera tensão; e estímulos externos, que imprimem um impacto momentâneo no organismo. O que caracteriza o estímulo instintual é uma situação de necessidade orgânica que precisa ser satisfeita.

Lembre-mos do bebê e de que a satisfação lhe é proposta sem que ele a busque e sem que lhe seja dado uma representação psíquica dela. O prazer é da ordem da redução da tensão da necessidade orgânica (princípio do prazer)¹⁸. Esta experiência deixa um traço mnésico que é “a representação do processo pulsional para a criança”.¹⁹

Diante de uma nova tensão pulsional, a representação será reativada e reinvestida. Por isso a criança pode buscar se satisfazer de forma alucinatória, ativando imaginariamente essas representações que foram associadas às suas experiências anteriores.

¹⁶ FREUD, Sigmund. *Projeto para uma Psicologia Científica* (1950 [1895]), Vol. I, Op. cit., p. 348.

¹⁷ *Ibid.*, *Os Instintos e suas Vicissitudes* (1915), Vol XIV, p. 125-26.

¹⁸ “Assim, embora a ‘satisfação’ (“Befriedigung”) da pulsão seja prazerosa, a ‘satisfação’ prazerosa visada pela pulsão consiste em extinguir as necessidades, isto é, as urgências somáticas, ou em reconduzir o vivente das inquietações da vida novamente ao estado de estabilidade inorgânica. O termo “Befriedigung” também significa ‘apaciar’, ‘apaziguar’, referindo-se a tirar o sujeito de um estado de inquietude anterior”. HANNS, Luiz. Op. cit., p. 352.

¹⁹ DOR, Joel. **Introdução...** O Inconsciente Estruturado..., Op. cit.. p.140.

O desejo freudiano nasce desse movimento de reinvestimento, do traço mnésico de satisfação, quando uma nova tensão se faz presente. “Ele tem por modelo a primeira experiência de satisfação e, para além desta experiência, permite orientar dinamicamente o sujeito na busca de um objeto suscetível de proporcionar esta satisfação”²⁰.

Disso decorre que não existe satisfação na realidade, pois a dimensão do desejo não tem outra realidade senão a psíquica. A satisfação, na realidade, é da necessidade, não do desejo.

Em Lacan (1958), o desejo é exatamente esta falta que não pode ser preenchida por nenhum objeto real, não só porque essa realidade psíquica apenas alcança a necessidade (e não o desejo), mas porque o que temos daquilo que desejamos primordialmente e tivemos que abrir mão (o objeto primordial recalcado, a “Urverdrängung”), não podem ser senão objetos substitutivos (secundários).

O desejo tem, portanto, em Lacan (1958), um caráter paradoxal, desviante, errático, excentrado, e até mesmo escandaloso, pelo qual ele se distingue da necessidade.

*O que é assim alienado das necessidades constitui uma Urverdrängung, por não poder, hipoteticamente, articular-se na demanda, aparecendo, porém num rebento, que é aquilo que se apresenta no homem como o desejo (das Begehren).*²¹

No seminário *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, Lacan (1964) em *Desmontagem da pulsão*, coloca em questão a satisfação da pulsão: “o que quer dizer isto, a satisfação da pulsão?”, e faz isso citando a sublimação, que Freud coloca como a satisfação pulsional, desviada de seus objetivos sexuais, mas sem recalque. A pulsão, para Lacan, não se satisfaria por seu objeto, é o que a sublimação vem nos mostrar: que o objeto da pulsão, não tem nenhuma importância, por isso mesmo pode haver satisfação da pulsão na sublimação sem que seja atingido o alvo pulsional. A função da pulsão, como diz Lacan (1964), põe em questão o que é da satisfação e assim se refere aos pacientes:

²⁰ Ibid., p. 141.

²¹ LACAN, Jacques. *A Significação do Falo* (9 de maio de 1958), **Escritos**, Op. cit., p. 697.

É claro que aqueles com quem temos que tratar, os pacientes, não se satisfazem, como se diz, com o que são. E, no entanto, sabemos que tudo o que ele são, tudo o que eles vivem, mesmo seus sintomas, depende da satisfação. Eles satisfazem algo que vai sem dúvida ao encontro daquilo com o que eles poderiam satisfazer-se, ou talvez melhor, eles dão satisfação a alguma coisa. Eles não se contentam com seu estado, mas, estando nesse estado tão pouco contentador, eles se contentam assim mesmo. Toda a questão é saber o que é este se que é aqui contentado.²²

O que os pacientes satisfazem pela via do desprazer, Lacan diz que é a lei do prazer, poderíamos dizer da lei do gozo, se lembrarmos da experiência do corpo na dor. Por essa espécie de satisfação, eles se fazem sofrer demais, o que dá justificativa para nossa intervenção.

Portanto, há satisfação, um tipo próprio de satisfação para o paciente nesse sistema sintomático em que tudo se arranja. A pulsão que experimenta seu objeto descobre que não é por ele que ela se satisfaz, mas pelo prazer que dele retira, ou seja, a representação psíquica do prazer que é evocada e reinvestida, toda vez que a experiência de satisfação se fizer presente.

Lacan exemplifica: “mesmo que vocês ingurgitem a boca – essa boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz, é como se diz, pelo prazer da boca.”²³ Portanto, para a pulsão oral, por exemplo, não se trata de alimento, nem de lembrança de alimento, nem de eco de alimento, nem de cuidado de mãe, mas de algo que se chama seio e que Lacan diz que deve ser revisado em sua função de objeto, objeto *a* causa do desejo, que toma seu lugar na satisfação da pulsão desde que aceitemos que a pulsão o contorne, sem atingir seu alvo.

O que Lacan centraliza na questão do desejo, diferenciando-o de necessidade, é a presença do Outro, aquele que viabiliza a primeira experiência de satisfação pulsional bem como suas repetições, para aqui retomarmos o ponto do qual iniciamos com Freud. O desejo aparece no registro de uma relação simbólica com o Outro e através do desejo do Outro.

²² LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 11...**, Op. cit., p. 158.

²³ *Ibid.*, p. 159.

Lembremos do bebê que é satisfeito sem que tenha que sinalizar sua necessidade. O outro que o atende sem ser solicitado, a mãe para a criança, coloca-a num universo de comunicação, dando uma resposta, no caso o alimento, ao que ela supôs, pelas suas manifestações corporais, ser uma demanda. “Por sua intervenção, o outro, portanto, refere imediatamente a criança a um universo semântico e a um universo de discurso que é o dele. Deste ponto de vista, o outro *que inscreve a criança neste referente simbólico* investe-se, por sua vez, como um outro privilegiado: o Outro.²⁴” A demanda “nasce” nesse a-mais simbólico que vem com a satisfação das necessidades, por isso será sempre demanda de amor:

A demanda em si refere-se a algo distinto das satisfações por que clama. Ela é demanda de uma presença ou de uma ausência, o que a relação primordial com a mãe manifesta, por ser prenhe desse Outro a ser situado aquém das necessidades que pode suprir. Ela já o constitui como tendo o “privilégio” de satisfazer as necessidades, isto é, o poder de privá-las da única coisa pela qual elas são satisfeitas. Esse privilégio do Outro, assim, desenha a forma radical do dom daquilo que ele não tem, ou seja, o que chamamos o seu amor.²⁵

A demanda suposta é, portanto, uma projeção do desejo do Outro. E a satisfação oferecida por este Outro não é apenas o objeto da necessidade mas um a-mais presente na relação mãe-bebê e que é a expressão de amor via gestos, palavras, etc. Por esta demanda endereçada ao Outro, a criança passa a ter condições de desejar tão logo uma falta seja estabelecida. “O desejo não é, portanto, nem o apetite de satisfação, nem demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda (*Spaltung*).”²⁶

Retomando a nossa questão do sintoma, podemos dizer que a Medicina responde à necessidade do paciente, ao oferecer silenciamento mecânico aos seus sintomas. Mas, ao se concentrar nessa tarefa, atende o seu desejo, aquele que se inscreve entre a demanda e a necessidade? Se a demanda do a-mais, que é antes de tudo, demanda de amor, ficar vagando, errante do corpo, como dizer a este sujeito, pactuado com sua experiência de se ‘sentir pela dor’, que pare de gozar para que finalmente possa ter prazer?

²⁴ Ibid., p.144.

²⁵ LACAN, Jacques. *A Significação do Falo* (9 de maio de 1958), **Escritos**, Op. cit., p. 699.

²⁶ Ibid., p. 698.

3.6.5. Prazer: limite do gozo

Podemos situar o aparelho psíquico regido por dois processos opostos que não são o prazer-desprazer proposto por Freud, desde sua primeira exposição da metapsicologia em 1895. Por um lado, temos o princípio do prazer com sua função reguladora e homeostática e de outro lado o princípio *de la jouissance*, o do gozo, gozo do corpo, orientando o retorno incessante das excitações indomáveis. É uma força constante que desequilibra, sexualiza, torna o sujeito desejante e não uma máquina reflexa.

A função do princípio de prazer é servir, economicamente, o organismo considerado como um todo, impondo limites à tensão que nasce de seu interior (pulsões). De outro lado, o gozo não serve a nada. Devemos procurar seu modelo no prazer preliminar (remetemos aos *Três Ensaíos*) que Freud opõe ao prazer final da descarga orgásmica. Ele diz que este prazer preliminar, que tem sua origem na zonas erógenas, desprovido de objetivo, não contribui em nada à continuação do processo sexual, à maturação genital. À luz da teoria do gozo, o prazer é um corte brusco que se impõe a um corpo que se experimenta como tal. É o prazer da ‘satisfação sexual’ que interrompe o aumento de tensão e que provoca, com a descarga orgásmica, a decepção.²⁷

O orgasmo é o limite do prazer imposto ao gozo sem limite do corpo. A psicanálise com Freud e Lacan se opõe às ilusões que permitiriam sonhar com a superação da cisão subjetiva, do sujeito falante graças ao encontro amoroso que, tanto do ponto de vista físico quanto do espiritual, suturariam o sujeito com o objeto, o exilado com sua pátria, o desejante com a Coisa (*das Ding*). É sobre esta experiência analítica que se funda o aforismo lacaniano “a relação sexual não existe” porque ela não existe enquanto *relação*, suscetível de ser escrita na lógica; e ela não existe a não ser como “re-apport”, ou seja, enquanto o que traz de volta o que cada um perdeu, entrando na vida, pela secção, a sexuação, a ressecção do gozo que se chama castração.

²⁷ “Entretanto, pode-se indagar se a idéia de um prazer puro desse tipo conviria, para falar do que experimenta o sujeito humano, sendo dado que seu desejo, seus prazeres e desprazeres estão presos na rede de sistemas simbólicos que dependem da linguagem e que a simples idéia de uma descarga é uma caricatura, pois o que é reivindicado radicalmente, por essa satisfação, é o sentido.” CHEMAMA, Roland. Op. cit., p. 90.

A relação entre gozo e castração, colocada ainda por Braunstein (1992), é a oposição fundamental na clínica lacaniana e, ao mesmo tempo, o eixo sobre o qual se articula a direção do tratamento analítico. É necessário sublinhar a importância de se compreender a teoria freudiana da sexualidade a partir do complexo de castração e afirmar a relação das duas leis: lei do prazer e Lei da castração ou do desejo. A segunda é a que se incorpora no sujeito por meio do complexo de castração, ou seja, o complexo de Édipo.

O sujeito deve renunciar ao gozo em troca da promessa de um prazer, próprio aos sujeitos da Lei. Pelas vias da angústia da castração masculina, e do desejo feminino do pênis, assinalados por Freud e contestados por Lacan, o sujeito é antes conduzido a localizar o prazer de uma parte do corpo e, em seguida de sua interdição, endereçá-lo ao outro sexo, no amor.

(A castração) designa a impossibilidade daquele sonho de harmonia, partilhado por todo o gênero humano, baseado numa dupla recusa: a diferença entre os sexos e a da filiação. A castração é a aceitação de um limite de si que é aceitação não só do que sou, mas sobretudo do que não sou. E, antes de mais nada, o que não sou é o Outro sexo. Em suma, ser castrado, diferentemente de ser capado, que é da ordem da resignação, até mesmo do real, é renunciar por um ato psíquico à identificação ao sexo que não se tem e substituir pela filiação reconstituída o romance familiar, que era o preferido. É também, e é conseqüência mais direta disto, renunciar ao saber do Outro sexo. O que supõe, portanto, aceitar que o Outro sexo tem um saber. Saber sobre quê? (...) Um saber sobre o gozo.²⁸

A castração abre, como resignação, uma dimensão ao saber que pertence ao Outro, o ‘outro-suposto-saber’. O Outro é aquele que sabe de um gozo do qual o sujeito se quer fazer desejo, daí desejar ser o desejo do Outro como uma garantia de ‘amor’.

Por isso, o sujeito gostaria tanto de saber, poder desvendar, o que é realmente este desejo, e se ele é ou pode ser o seu objeto (reminiscências da questão infantil: o que quer minha mãe?). Se for um menino a se lançar no questionamento, resta-lhe ainda querer saber desse *outro* diferente, o *outro gozo*, e seu pai em nada poderá ajudá-lo a desvendar, apenas o afastará disto e quem sabe oferecer-lhe-á um gozo que é fálico.

²⁸ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 15.

O gozo originário, o gozo da Coisa (*la Chose, das Ding*), gozo anterior à Lei, é um gozo interdito, maldito, ‘absurdo’ para Armando, que deverá ser recusado e substituído por uma promessa de gozo fálico que resulta da aceitação da castração: “não podes procurar senão o que perdeste”. A castração institui a renúncia do gozo, mas com o encorajamento dessa promessa de substituição por um prazer possível.

O gozo fálico é possível, a partir da inclusão do sujeito como sujeito da Lei, no registro simbólico, sujeito da palavra submetido às leis da linguagem. O gozo sexual, o prazer, torna-se assim gozo permitido pelas vias do simbólico. A interdição do gozo comporta uma marca e um sacrifício: aquele que cai sobre o falo que é, a seu modo, o símbolo dessa interdição.

Braunstein (1992) refere-se a outras duas dimensões do gozo que resumiremos brevemente. Referimo-nos ao gozo fálico como o gozo submetido à castração, à Lei e o que separa e opõe dois gozos corporais. De um lado, temos o gozo de ser, *la jouissance de l'être*, gozo perdido pela castração, mítico e ligado à Coisa, anterior à significação fálica, o gozo a que nos referimos no início dessa discussão e que Lacan também chamará de gozo do Outro.

A esse ‘gozo do ser’, de todo o corpo, referir-nos-emos como **gozo** e ao gozo fálico, do órgão, como **prazer**. Trabalharemos com esta conceituação na qual o prazer é o que vem limitar e pôr barreiras ao eterno gozar. ‘Eterno gozar’ nos referimos às “diferentes relações com a satisfação que um sujeito desejante e falante pode esperar e experimentar, no uso de um objeto desejado.”²⁹

Braunstein (1992) ainda coloca do outro lado, *outro gozo do Outro, la jouissance de L'Autre*, corporal também, que não se perde pela castração, mas que se emerge além dela, efeito da passagem pela linguagem, mas fora dela, inefável e inexplicável, que é o gozo feminino. Ele se refere ao gozo do *outro* sexo, do sexo que é o feminino, o Outro em relação ao Falo, com *phi* maiúsculo para situá-lo no simbólico.

²⁹ CHEMAMA, Roland. Op. cit., p. 90.

3.6.6. Um outro gozo: a mulher

Deixando Braunstein e nos voltando novamente para Lacan (1972-1973), há uma maneira masculina de gozar que é a do gozo fálico, “o obstáculo pelo qual o homem não chega, eu diria, a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é do gozo do órgão³⁰”. E há a *outra satisfação* que se elabora pelo não-todo, “aquele sobre o qual a mulher não solta nem uma palavra, talvez porque não o conhece, aquele que a faz não-toda.³¹”.

Por ser não-toda ela tem, em relação ao gozo referente à função fálica, um gozo suplementar, “um gozo para além do falo...³²”. Lacan diz que alguns homens experimentam a idéia de que deve haver um gozo que esteja mais além do falo, “é isto que chamamos os místicos³³”.

A mulher, para Lacan, é essa que pode também ter uma relação com o Falo (com *phi* maiúsculo), mas que tem uma relação com o Outro, com o gozo do Outro, diferente do homem. Vamos, resumidamente, introduzir alguns esclarecimentos para fundamentarmos o *não-toda* da mulher e esse *outro gozo*.

Para tanto vamos nos basear no livro de Joël Dor, *Estrutura e Perversões*, que traz idéias resumidas, bastante elucidativas do que Lacan desenvolve ao longo de sua obra, nos seminários: *O Avesso da Psicanálise* (1969-70), *Um discours qui ne serait pas du semblant* (1970-71), *Ou pire...* (1971-72), *Le savoir du psychanalyse*. Podemos ainda nos referir ao seminário 20: *Mais, ainda* (1972-3).

Segundo o que Dor (1991) desenvolve em seu texto, o que faz com que um homem sintam-se legalmente constituído como o igual de outro homem é a lógica fálica que faz com que todo homem exista no quadro de uma certa universalidade. Nem todas as mulheres estão inscritas nessa mesma universalidade. Isto significa, em outras palavras, que todo homem está submetido à função fálica, ou seja, à castração.

³⁰ LACAN, Jacques. **O Seminário: Livro 20...**, Op. cit., p. 15.

³¹ *Ibid.*, p. 82.

³² *Ibid.*, p. 100.

³³ *Ibid.*, p. 102.

Para esclarecermos isto, temos que nos referenciar ao pai Simbólico, mito que Freud (1912-1913) descreveu em *Totem e Tabu*. Este Pai que possuía todas as mulheres da horda foi morto e devorado pelos filhos revoltados em uma refeição canibalesca. Após o assassinato, sentindo-se culpados e com remorso, promulgam a lei da “proibição do incesto” e, ao renderem essa homenagem ao pai morto, colocam-no no lugar de pai Simbólico, fazendo da castração o correlativo da lei. “Neste sentido, se todos os homens estão submetidos à castração ($\forall x \phi x$), é porque *existia ao menos um que dela estava excluído*: o pai simbólico da horda primitiva do mito freudiano.³⁴” A fórmula $\forall x \phi x$, ou seja, para todo homem (x) a castração (ϕ) está baseada na proposição negativa: $\exists x \neg \phi x$ de que existe ao menos um homem (x) que não está submetido à castração.

Algumas conclusões se impõem. Por um lado, podemos falar de uma universalidade a propósito dos homens. Constituem um conjunto: o conjunto universal de todos aqueles que sem exceção estão submetidos à castração. Por causa desse conjunto universal, estamos legitimamente autorizados a utilizar uma expressão geral como “O homem”. Por outro lado, a existência do homem que se subtrai à função fálica, isto é, o pai Simbólico, institui o fantasma de um gozo absoluto, não submetido à castração. Mas esse gozo de um só impõe em contrapartida a todos os outros um lugar de gozo inacessível e proibido.

*Essas são as prescrições fálicas que determinam a sexuação do homem, isto é, sua identidade sexual.*³⁵

Para a mulher, a ausência deste “ao menos uma” torna impossível toda universalização. Não existe um x (mulher) que não seja exceção à castração: $\exists x \neg \phi x$ o que leva a supor que $\forall x \phi x$, ou seja, não é para todo x que há submissão à função fálica (ϕ). Neste sentido, não existe “A mulher” pois não há uma lei que legitime o grupo, daí a expressão lacaniana: ~~A~~-mulher não existe. A barra sobre o “A” significa que ela é não-toda numa universalidade. Por isso que se diz que da mulher devemos falar de uma a uma. Como teorizar sobre o que é do específico e não se circunscreve na ordem fálica ditada pelo discurso científico? Talvez por isso, Freud tenha se sentido sem resposta diante do enigma do continente negro, de saber do desejo feminino, afinal, o que quer uma mulher?

³⁴ DOR, Joel. *Estrutura e ...*, Op. cit., p. 157.

³⁵ *Ibid.*, p. 158.

*As mulheres mantêm uma relação com o gozo necessariamente diferente da dos homens. Como formula Lacan, trata-se de uma relação outra com o gozo, pois que não existe, como para os homens, um gozo absoluto, ao mesmo tempo incessável e proibido. Para os homens, um gozo fálico sempre tem uma relação com o gozo do Outro, mas é gozo proibido. Enquanto que o outro gozo das mulheres mantém uma relação diferente com o gozo do Outro.*³⁶

E isto simplesmente faz toda a diferença, pois para as mulheres esse gozo do Outro também é impossível (pelo recalque originário), mas não *proibido*. Toda a dinâmica edípica é estruturada de forma diferente do homem, visto que a castração, que é a saída do Édipo no menino, para a menina não representa uma ameaça.

A frustração, introduzida pela castração, lança a menina no Édipo, como um porto, onde ela busca proteção ou, poderíamos dizer, busca o amor materno do qual nunca se afastará, porque nunca destruirá o vínculo com a mãe: “a tal ponto que, no inconsciente, ao contrário das aparências, seu parceiro sexual, seu marido eventualmente, não será na maioria das vezes seu pai, mas sua mãe.”³⁷

Com isso, abre-se a possibilidade de um gozo suplementar que Lacan denomina como o *mais de gozar*. Sobre isto o pai, aquele submetido à Lei, à mesma que submeteu seu filho, em nada poderá lhe ajudar a desvendar sobre este *outro* gozo. Ele e seu filho poderão, se tudo correr bem entre eles, se esbaldarem em outros corpos (masculinos ou femininos), mas deles obterão apenas prazeres. Talvez por isso, as mulheres suportem mais o gozar sem prazer, amar para além do sexo, esta entrega (ao Outro) que em nada parece ameaçá-las, pois não têm nada a perder. A anorgasmia feminina, sobretudo a heterossexual, poderia ser uma renúncia à castração do gozo (pré-edípico, do Outro) imposta pelo prazer sexual (fálico)? Em Serge Leclair (1992), o prazer é realmente a defesa contra o gozo.

³⁶ Ibid., p. 159.

³⁷ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 137.

*(...) Ele se manifesta, se exerce somaticamente no sentido biológico, mas ao mesmo tempo o prazer sexual – e falo sempre do prazer sexual, por mais perverso ou parcial que seja (pois todo prazer dito erógeno é sexual, devido à intervenção do corpo erógeno) – coloca concretamente que a realização do gozo está interdita, que deve permanecer inacessível, simplesmente para que continue existindo como prazer. Toda vez que se reinicia, o exercício do prazer situa o gozo como algo inacessível, interdito ou como o que anularia tudo.*³⁸

A evitação do prazer na mulher seria uma resistência em continuar no gozo do Outro (universo materno), não se entregando a este outro imediato, macho, que só tem a lhe oferecer prazer com seu pênis? Uma tentativa de reter *la jouissance de l'être*?

Não é absolutamente nosso intuito nos embrenharmos por aí, mas estes aspectos do que poderíamos chamar de feminilidade poderão nos auxiliar na compreensão dos desvios que, às vezes, deparamo-nos na trajetória da masculinidade. A impotência (e aqui não é apenas a DE) é uma oposição ao prazer que barra o gozo? Homens e mulheres, impotentes, súditos do gozo do Outro?

*Em suma, as relações entre os homens e as mulheres são feitas de confrontações entre um ser para quem o destino se joga no pré-Édipo, na relação com o objeto, e um ser para quem o destino libidinal se inscreve no Édipo, isto é, de modo privilegiado na relação com o falo. Eis porque a mulher não é toda. Ela não é toda porque, para ela, o que se instala, o que se joga não é determinado pela necessidade de sair do Édipo. A posição edipiana na mulher é quando a mulher brinca de homem, quando macaqueia o homem, quando se identifica – e vamos ver que é um momento estruturante de sua formação – ao pai. Mas trata-se de uma identificação secundária, ali onde o essencial se trama, é na relação dramática com a mãe.*³⁹

Por fim, gostaríamos de pontuar a questão da neurose, esta defesa ruim, mal sucedida, que se apóia no sintoma, e sua relação com o gozo. Nasio (1991), faz uma distinção das três maneiras de lutar contra o gozo intolerável, relacionadas aos três diferentes modos de viver a neurose, que nos parece bastante elucidativa:

³⁸ LECLAIRE, Serge. **O Corpo Erógeno**. Uma introdução à teoria do complexo de Édipo. 2 ed., São Paulo, Escuta, 1992, p. 150.

³⁹ Ibid., p. 137.

- *Sofrer neuroticamente segundo o modo obsessivo é sofrer conscientemente no pensamento, isto é, deslocar o gozo inconsciente e intolerável para um sofrimento do pensar.*

-*Sofrer como fóbico é sofrer conscientemente com o mundo que nos cerca, isto é, projetar para fora, para o mundo externo, o gozo inconsciente e intolerável, e cristalizá-lo num elemento do ambiente externo, então transformado no objeto ameaçador da fobia.*

-*Por último, sofrer segundo o modo histérico é sofrer conscientemente no corpo, ou seja, converter o gozo inconsciente e intolerável num sofrimento corporal.*⁴⁰

O modo de sofrer histérico é exatamente o que vimos com o caso de Armando e o que veremos a seguir também com Benedito. Ilustraremos seu percurso sintoma-doença e esboçaremos seu posicionamento histérico quanto à questão fálica e o seu traço subjetivo em direção ao enigma psicopatológico que o aprisionou a impotência.

⁴⁰ NASIO, Juan-David. **A Histeria**. Op. cit., p. 21.

***CAPÍTULO 3.7: O SUJEITO-SINTOMA IMPOTENTE
NA DISFUNÇÃO ERÉTIL¹***

¹ Este capítulo foi publicado sob a forma de artigo em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo O Sujeito-sintoma impotente na disfunção erétil. **Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, Pós graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ. V. IV, n. 1, jan/jun, 2001.

3.7.1. A impotência em Benedito

Benedito tem 28 anos, penúltimo filho de quatro, é solteiro e mora com os pais. Faz terapia há 2 anos. A primeira vez que procura atendimento médico no pronto-socorro do HC é em razão de “uma tristeza muito grande, bateadeira no coração e uma coisa ruim no peito”. Retorna ao hospital, pois, apesar de ter tomado a medicação, continua a sentir muito mal. Benedito é então encaminhado à psicoterapia.

No primeiro dia de atendimento, apresenta-se de um modo bastante tímido, reservado, cabisbaixo. Ao entrar na sala, senta-se de lado na cadeira e permanece durante toda a sessão com os olhos voltados para o chão. Diz se sentir muito angustiado, triste, com bateadeiras, aperto e tremedeira nas mãos, mas que o seu problema mesmo, o que precisa de ajuda, é porque quando sai com uma mulher não consegue ter ereção suficiente para penetração¹. Relata que isso começou aos 17-18 anos, logo após suas primeiras relações sexuais, que geralmente eram com prostitutas ou “com essas meninas que são fáceis, sem vergonha, que vai (sic) com todo mundo”.

Traz uma dúvida atroz quanto ao seu funcionamento sexual: “Eu na verdade sempre tive problema com essa parte de sexo, penso que nunca vou conseguir ter certeza de que eu vá funcionar direito, sempre fica a dúvida”. Um fator agravante para o seu problema é uma grande angústia diante de mulheres virgens: “virgem deve ser difícil, tem que ser bem duro pra entrar, né, pra conseguir. Eu não sei se consigo”. Nessa época, contudo, Benedito tinha um interesse especial nessas mulheres. Chegou a relatar que as únicas mulheres com as quais se envolveu emocionalmente, eram virgens. Essas mulheres, entretanto, sempre o amedrontaram, já que ninguém as penetrou para dar-lhe garantias de que não seria ‘prejudicado’ (devorado? punido?), ao fracassar sexualmente.

No decorrer das sessões seguintes, Benedito vai se mostrando cada vez mais implicado no trabalho terapêutico, trazendo suas angústias, sonhos e dizendo que é bom poder falar dessas “coisas de pênis” na terapia. É notória a dificuldade em relatar sua história de vida que parece fragmentada, com poucas lembranças, absolutamente desprovidas de coisas boas, de desejos, de projetos ou de fantasias. Como ele mesmo diz: “minha vida não tem sentido”. Benedito só consegue se lembrar da solidão e de que nunca

¹ Benedito consegue excitar-se e sua DE consiste em não manter a ereção no momento da penetração.

foi feliz. Fala de um estar-só, desamparado desde pequeno, quando suas brincadeiras eram solitárias ou quando sua mãe o deixava em casa para ir trabalhar. Ele diz: “sempre fui sozinho”, assinalando sua condição triste e desamparada.

Traz outra queixa que o aflige: com frequência e há algum tempo tem sentimentos de raiva, ódio ao chegar a sua casa. Por conta disso, não consegue falar com ninguém, fecha-se no quarto escuro, embaixo de cobertores, por longos períodos, até que se sintam melhor e possa sair para conversar, comer, relacionar-se com as pessoas de casa. Por várias sessões, essa raiva aparece do nada, sem motivo, dissociada de tudo que ele vive ou sente, como se, sem razão, ela o dominasse implacavelmente, forçando-o ao isolamento. É comum o relato de que alguma sensação como angústia, medo, raiva, etc., inexplicavelmente, o domina.

Com o decorrer do tratamento, Benedito sente que alguns de seus sintomas pioram (tremedeiras, batedeiras, angústia, raiva), apesar de se sentir, sem motivos, melhor do que antes. A partir da nona sessão, quando se deita no divã, seus relatos centram-se em sonhos e pesadelos que diariamente passam a acometê-lo, a partir de então.

Até os 12 anos, dormia na cama dos pais, pois se debatia muito de noite, ficava todo suado, falava. Os pais ficavam preocupados com suas reações noturnas, talvez por não saberem lidar com suas próprias reações, e o colocavam junto a eles na cama, afagando-o até que adormecesse: “meus pais ficavam preocupados comigo, que eu tinha aquelas coisas e deixavam eu ir pra lá.”

Freud (1905/1996) ao referir-se às angústias infantis, fala também das histórias horripilantes e dos medos de bichos-papões da infância. Ao falar de seus medos e pavores, Benedito dá-nos uma pista da angústia que ele ainda não pode expressar...

Só as crianças propensas ao estado de angústia é que ficam assustadas com essas histórias, que em outras, não causam nenhuma impressão; e só tendem ao estado de angústia as crianças com uma pulsão sexual desmedida, ou prematuramente desenvolvida, ou que se tornou muito exigente em função dos mimos excessivos. Nesse aspecto, a criança

porta-se como um adulto, na medida em que transforma sua libido em angústia, quando não pode satisfazê-la.¹

Benedito diz ter voltado a dormir em sua cama aos 12 anos, idade do nascimento de sua irmã mais nova. Tinha sempre os mesmos pesadelos, todas as noites: “sempre eu tava dormindo ou na hora de dormir vinha a sombra, ele queria me sufocar e eu me debatia até que alguém, minha mãe, vinha me acordar.” Após a 12ª sessão (!) esse mesmo pesadelo infantil recorrente volta a acompanhá-lo quase todas as noites: “É assim como se algo quisesse me sufocar, alguém, eu tenho a impressão de que vai querer me matar, daí eu não consigo me mexer, fazer nada. Eu quero me desvencilhar, mas não consigo, fico como que paralisado. Eu me debato, mas não consigo reagir. Ele vai chegando e me sufoca. Sempre vem por trás e me pega desprevenido.”

A esse pesadelo, Benedito não consegue fazer nenhuma associação e refere-se a ele sempre como algo dissociado de sua problemática, sem entender o seu significado. Nesse momento, parece haver uma grande resistência de sua parte para revelar percepções, sensações e fantasias associadas ao sonho. Aparece como coincidência que, com 12 anos, ele tenha de sair do quarto dos pais para que a irmã, bebê frágil e doente do qual ele diz que sentia muita pena e dó, pudesse ocupar o seu lugar junto aos pais. Relata que recebia mensagens de como se proteger dos ataques noturnos. Aparecem, nesse momento de sua vida, alguns atos obsessivos que repetia, sem sucesso, todas as noites para evitar os pesadelos, que o faziam imaginar que ele fosse ‘bicha’.

Benedito se identifica, via sintoma, com o ‘bicha’ que, em sua fantasia, não tem ereção, ou não precisa dela para manter uma posição ‘passiva’. É justamente essa a ‘posição’ que ele se encontra ao ser pego ‘por trás’: “eu cheguei até a pensar que eu era bicha, mas se eu pensasse isso, eu preferiria o suicídio. Entre ser bicha e a morte, a morte. Sempre pensei em ser um homem certinho, sempre quis isso. Eu imagino que o bicha não fica de pinto duro como um homem. Eu imagino que é como uma mulher, de baixo nível, né, que se rebaixa porque não é uma mulher.”

¹ FREUD, Sigmund. *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), Vol. VII, Op. cit, p. 212.

A equivalência psíquica pênis ereto=masculinidade confunde-o com o próprio sintoma, sua identidade, na qualidade de homem, é que fica ameaçada (ferida). Parece que ele, impotente, fica identificado com a mãe numa posição passiva, possivelmente fruto de suas suposições, feitas com base no que imaginava existir ou mesmo testemunhava entre os pais, estando na cama deles à noite – imagem da cena primária – contatos sexuais. Lembremos que sua irmã foi concebida justamente nesse período de suas incursões noturnas à cama dos pais.

Para Freud (1905), quando as crianças em tão tenra idade assistem à relação sexual entre adultos, o que é ensejado pela convicção dos mais velhos de que a criança pequena não pode entender nada de sexual, elas não podem deixar de conceber o ato sexual como uma espécie de sevícia ou subjugação, ou seja, de encará-lo em um sentido sádico.²

A relação entre ele ser ‘bicha’ e se rebaixar para outro homem, aponta para sua concepção de que é natural que uma mulher (como sua mãe, provavelmente) seja passiva para um homem, mas que um homem, tem que se ‘rebaixar’ se quiser ser passivo para outro. Está presente a idéia de depreciação e humilhação, exatamente o modo como se sente ao ‘falhar’ sexualmente com as mulheres hoje. Esboça-se algum sentido sobre o sintoma sexual construído...

Benedito precisa permanecer impotente para manter-se numa posição passiva de gozo?

Depois de vários meses, Benedito pôde revelar algumas de suas lembranças infantis que melhor esclareceram a temática de seus pesadelos. Ele revela (finalmente) que entre seus 6 ou 8 anos (provavelmente início de sua agitação onírica) sua avó morava perto de sua casa com uma filha, sua tia, que tinha a sua idade. Ele costumava ir até lá para, como ele mesmo relatou, para ter brincadeiras sexuais com essa sua tia, até que um dia, ele não se lembra quem, mas imagina que tenha sido a sua avó, pegou-os em flagrante e, desde então, ele não pôde mais ir sozinho para lá. Sempre tinha que ir acompanhado de sua mãe que ele imagina tê-lo repreendido ferozmente. Não há ainda lembranças claras do acontecido: “eu só sei que acharam ruim pegar a gente junto e a gente teve que se separar”. Após isso, nada mais pôde ser lembrado, pois “faz muito tempo”.

² Ibid., p. 185.

A época em que se debatia na cama e os pais o levavam para a cama deles, parece coincidir com o flagrante pela avó e a repreensão materna. A agitação somática onírica poderia ser uma expressão da excitação sexual despertada com a tia e o reflexo da punição castrativa.

Benedito permaneceu na cama dos pais até tardiamente, quando adolescente, e as reações eréteis naturais já se faziam perceber e, mais do que isso, depois que sua ereção já havia sido surpreendida em atividade ilícita. Sua atividade sexual precoce, se é que assim podemos dizer dessas “brincadeiras” de um garotinho de 6 anos, parece um deslocamento masturbatório, uma atuação ou tentativa de resolução para as suas questões edípicas – desejos proibidos, cotidianamente ativados, sendo espectador do ‘teatro noturno’ de seus pais.

Como diz Freud (1924), a masturbação “está na atitude edipiana para com os pais; constitui apenas uma descarga genital da excitação sexual pertinente ao complexo, e, durante todos os seus anos posteriores, deverá sua importância a esse relacionamento”³. Benedito é penalizado (castrado?) à custa de ter que “esquecer” o acontecido, ficando por anos encoberta a lembrança do fato excitante, mas traumático, ao mesmo tempo. Ao se lembrar disso, pela primeira vez, a história de Benedito parece existir, ter cor, isto é, havia desejos, fantasias, aconteceram coisas, sim, mas elas não podiam ser lembradas.

Aos poucos, relata algumas melhoras que atribui ao fato de poder falar e se desabafar com alguém. Sua primeira melhora diz respeito aos sentimentos de raiva e ódio que sentia. Ao descrever os episódios caseiros de raiva, Benedito começa a falar de uma mãe bem diferente daquela à qual se referia inicialmente, como “uma santa, coitadinha, preocupada com os outros”: “quando eu tenho raiva é mais da minha mãe. Talvez porque ela me enche um pouco”. Aparece, então, uma mãe controladora que infantiliza e desautoriza os filhos com sua preocupação excessiva, intrometendo-se em sua vida, bem como na de todo mundo (vizinhos, parentes, amigos, etc.): “ela se intromete na vida de todo mundo, de todo mundo, é do vizinho da frente, dos lados, dos fundos, dos meus irmãos, ninguém agüenta. Ninguém, nem meus sobrinhos, meus irmãos, ninguém gosta de minha mãe.”

³ Idem., *A Dissolução do Complexo de Édipo* (1924), Vol XIX, Op. cit., p. 196.

Quanto mais pode situar os sentimentos de raiva na pessoa de sua mãe, mais Benedito se isola do convívio familiar, fechando-se em si mesmo, até que ocorre um fato que o obriga a se manifestar perante sua mãe: alegando preocupação com o estado de “saúde” do filho, ela vai até o seu serviço e conversa com seu chefe, sobre o fato dele estar muito fechado, raivoso, estranho. Chegando ao trabalho, Benedito é convocado para uma reunião com o chefe que lhe diz do acontecido e sobre estar preocupado com ele, pois no serviço não demonstrava o que a mãe lhe havia dito. Benedito fica muito surpreso e embora diga compreender a preocupação materna, fica com muita raiva da mãe por lhe invadir a vida, podendo até mesmo atrapalhar sua profissão. Chega a dizer isso a ela, embora não da forma como gostaria (“xingá-la”).

A partir desse episódio, a mãe parece não mais se intrometer tanto em sua vida, menos “preocupada” e Benedito sente-se muito bem com a “mudança” da mãe, não relatando mais episódios de raiva, nem ódio em casa: “eu me sentia preso com a preocupação dela”. Passa a sentir-se mais calmo e tranqüilo, relatando que, daí por diante, quer cuidar da própria vida, mesmo que tenha que ir contra a mãe que age como tendo que tomar conta do filho, temendo que ele faça algo de errado (como quando criança).

O pai de Benedito, quase não aparece em sua fala. Figura distante e enigmática, amado por todos embora os amigos não consigam entender como ele agüentou ficar ao lado da esposa durante tantos anos. Há uma certa indiferença dele para com o que ela fala e isso o coloca numa posição de destaque no sentido de “não se afetar”, como diz Benedito e, talvez, até mesmo pelo fato de ser superior às baixarias provocadas pela esposa. Sempre quando ela “passava dos limites” ao invadir a vida dos filhos ou ao fazer fofoca de vidas alheias, o pai intervinha, brigando com ela. Esse pai aparece como pessoa muito estimada por todos os filhos, os quais, segundo relato do paciente, sempre imaginaram que, se houvesse uma separação dos pais, eles todos ficariam morando com o pai e abandonariam a mãe. Mais recentemente, Benedito costuma dizer que quem tem uma mãe como a dele, apesar de estimá-la, não precisa ter inimigo!

Ele tem sua teoria sobre como o pai “suportava” sua mãe: tinha amantes. Há uns 10 anos, ele e o irmão descobriram que o pai mantinha vários “casos” extraconjugais nos bairros vizinhos onde moravam. Resolveram conversar com o pai que, arrependido,

lhes prometeu largar todas as amantes. Isso até hoje permanece como um segredo entre eles. Relatar isso parece aborrecer Benedito, ainda mais que, ao se comparar ao pai potente, sente-se inferior, assim como quando vê homens mais velhos com moças e fica imaginando que eles são capazes, apesar da idade, de saciarem uma mulher (boa) e ele, jovem, mas impotente, não. Esse ‘mas’ em Benedito, extrai-lhe tudo de másculo que possa possuir, desprovendo-o de qualquer característica, segundo sua fantasia, que possa interessar a uma mulher. Por isso, ele se afasta delas...

No decorrer do tratamento, Benedito consegue se relacionar sexualmente com algumas mulheres (prostitutas), mas isso parece não modificar o modo como se sente: “é, eu nem tenho falhado agora, mas a angústia continua, não sei, não me larga. Eu não me sinto seguro com isso. Mesmo que eu tenha conseguido, eu fico pensando que, na próxima vez, pode ser que eu não consiga. Eu não confio em mim mesmo, sei lá”. Benedito não tem mais o problema eretivo, mas começa a figurar uma nova problemática sexual em suas relações íntimas: ele não consegue ejacular e torna-se anorgásmico⁴. – há um deslocamento do sintoma, quanto à atividade do órgão afetado.

Após um ano de tratamento psicoterápico, Benedito passa a utilizar o medicamento Viagra, com resultados francamente positivos quanto à sua capacidade erétil⁵. Durante meses, a medicação lhe proporcionou atividade sexual satisfatória, até que Benedito resolve ter algumas relações sexuais sem o remédio. Apesar de conseguir sustentar sua ereção, o que lhe era impossível antes, ele não se sente satisfeito sexualmente, e passa a se queixar veementemente de que não consegue se sentir seguro ao transar com uma mulher. Tem sempre a sensação de que a qualquer momento pode falhar, se não tomar o remédio. Quando há realmente uma falha, ele volta a ter os pesadelos, que há muito não tinha e, finalmente, é possível para ele fazer a associação entre “falhar”, ser impotente e “ser pego por trás”, como aparece em seus pesadelos. O que vemos com Benedito é que apesar dos sintomas fisiológicos relacionados à angústia cederem e do pênis recuperar sua capacidade erétil, sua insatisfação sexual persiste...

⁴ Diferenciando ejaculação -eliminação do líquido espermático - de orgasmo enquanto sensação subjetiva de prazer.

⁵ A introdução da medicação faz parte do projeto de pesquisa e visa possibilitar uma avaliação psíquica quanto à reconfiguração da doença e da queixa após eliminação medicamentosa do sintoma.

3.7.2. Benedito se diz impotente

O sentimento de Benedito de se sentir e ser “impotente” perante as mulheres e o de não ter, possuir um pênis capaz de sustentá-las⁶ e satisfazê-las, apresenta-nos a questão do falo na teoria lacaniana e de como se situa para o paciente o “ser” e o “ter”.

O que poderíamos apontar no caso de Benedito? Se pensarmos no ‘lugar’ de seu sintoma, logo apreendemos mais, do que se nos ativermos no sintoma de DE em si. Este, aparentemente determinado, logo perde seu *status* para outra metáfora sexual: falta de prazer. Vemos, assim, que o ‘lugar’ doente se mantém, porém com outra característica, o que nos faria supor o caráter secundário do que se mostra (DE, anorgasmia, etc.), ou seja, da coisa explícita demais que acaba por ocultar o conflito em questão (sintoma).

Benedito fica preso em seu “farrapo de discurso mais vivo que sua própria vida”, como Lacan descreve o sintoma psicanalisável, normal ou patológico, que se sustenta numa estrutura idêntica à estrutura da linguagem. “Sucedo também que desse farrapo de discurso, na impossibilidade de proferi-lo pela garganta, cada um de nós é condenado, para traçar sua linha fatal, a se fazer o alfabeto vivo.”⁷

E a angústia de Benedito é mais do que ele suporta dizê-la, é seu viver e mesmo quando recobra temporariamente a função peniana, a angústia continua, resiste aos seus sucessos sexuais e aparece como uma insegurança que o acompanha diariamente com a certeza de que a qualquer momento, ele irá falhar novamente, pego de surpresa, como quando era criança e fora flagrado com sua tia. Traço marcante, tardiamente lembrado em sua história de vida, que parece jogá-lo, psiquicamente, em conflitos punitivo-castrativos.

Para Lacan (1957), isso quer dizer que encontramos ali a condição constitutiva que Freud impõe ao sintoma para que ele mereça esse nome no sentido analítico: que um elemento mnêmico, de uma situação anterior privilegiada, seja retomado para articular a situação atual, isto é, que seja inconscientemente empregado nela como elemento

⁶ No sentido de sustentar o gozo delas pelo seu pênis ereto.

⁷ “Ou seja, de todos os níveis do jogo de sua marionete ele toma emprestado algum elemento, para que a seqüência deles baste para testemunhar um texto sem o qual o desejo ali comboiado não seria indestrutível”. LACAN, Jacques, *A Psicanálise e seu Ensino* (1957), **Escritos**, Op. cit., p. 445-7.

significante, tendo o efeito de modelar a indeterminação do vivido numa significação tendenciosa. Isso não é já ter dito tudo?⁸

Benedito tem uma certeza fantasista que duvida de sua própria capacidade de manter uma ereção. Essa certeza desmorona o que diz ser seu maior desejo na vida: fazer uma mulher feliz e, conseqüentemente, ter uma família com filhos. A impotência em Benedito, não somente impede que seu pênis funcione, mas retira dele toda a ‘potência’ para manter uma relação, sexual ou não.

Benedito sente-se preso, vítima de suas próprias suposições imaginárias, afastando-se de possibilidades viáveis de relacionamentos mais satisfatórios, e propondo-se a aproximar-se apenas de mulheres que lhe mentem a satisfação— as prostitutas.

É um caráter enigmático que Benedito dá ao seu sintoma e à forma como se refere a ele. Podemos dizer que Benedito não sabe dele mesmo, perdido em amnésias, não consegue dar uma significação a própria vida, de modo a lhe dar sentido, ficando perdidamente enclausurado no labirinto enigmático de seus sintomas.

A insegurança de que Benedito nos fala e que está presente desde a primeira sessão é algo que se apresenta, como muito além de sua DE, ou seja, a aparente extinção sintomática não o alivia da insegurança, que cada vez mais aparece em seu cotidiano e insiste em mostrar-se. Ele se sente inseguro perante o feminino, demonstra-se subjugado pela mãe que o desautoriza como homem e incapaz, portanto, de fazer uma mulher feliz (fálica e sexualmente).

A mãe aparece em sua vida, após um tempo de terapia, como o ‘inimigo’. Há uma transformação muito grande no relato de Benedito sobre a mãe, durante o desenrolar de seu tratamento. A “coitada, santa, preocupada com os filhos e com os outros” passa a ser (o)a “inimigo(a), fofqueira, interesseira” que atrapalha todos com seu jeito de existir. Essa transformação intrapsíquica das mães em Benedito é marcada por uma melhora substancial em sua angústia e em todos os sintomas fisiológicos que o acompanhavam. Não há, porém, um registro interno, nem uma elaboração que relacione os fatos para ele. Tudo se passa

⁸ Ibid., p. 448-9.

como um acontecido, uma melhora “do nada”, como diz. É justamente esse “nada” que assola as fantasias de Benedito que, aos poucos, vai construindo o relato de sua história de vida esquecida e que teme, a todo instante, retornar ao nada. Como não (quer, pode) entende(r) por que vai melhorando, imagina que a qualquer momento poderá piorar...

Do pai que dizer? Quem é esse numa história marcada por falhas mnêmicas? Há três momentos na fala de Benedito em que seu pai tem presença marcada: inquestionavelmente ele é amado por todos; é aquele que deixa a mãe ser o que quer, suportando-a e intervindo apenas quando esta passa dos limites. Aponta-se, então, uma indiferença e distância dos assuntos familiares cotidianos: ele é aquele que tem amantes.

O que poderíamos apreender disso? Parece que o pai, assim como todos os membros da família, de alguma forma curvavam-se diante do poder materno que tudo julgava e ordenava. Esse subordinamento do pai, no entanto, aparece não como uma fraqueza, mas como uma dúvida quanto ao distanciamento, a uma indiferença que, contudo, parece não convencer o filho, pois persiste a questão de como o pai suportava a intransigência da mãe. Por que a resignação? E fica a dúvida entre ele não conseguir, por não ter forças para ir contra ela ou por ter superioridade em desconsiderar os atos fracos da personalidade dela e poder se confortar, sexualmente, em outros braços.

Benedito reconhece a virilidade em seu pai desde cedo, contudo questiona sua fraqueza diante da mãe. Por que o pai não o salvou do “inimigo” materno? Não o defendeu, quando deslocava seus desejos incestuosos com a tia? Como permitiu, com o silêncio, que fosse punido – castrado - por aquelas fortes mulheres (avó e mãe) a nunca mais se encontrar com a tia? Como deixou que ele renunciasse ao pênis, cultivando uma culpa irrevogável, na tentativa de conseguir o perdão e ser amado de novo? O pai, saciando silenciosamente em outros braços seus desejos, abandona-o à sorte de ter de provar, constantemente, sua masculinidade diante das mulheres dominadoras. Esse pai o desampara, do mesmo modo como se sente desamparado por Deus que diz tê-lo abandonado. Benedito não se sente à altura do Ideal Paterno.

Ele passa a viver uma nostalgia da presença masculina (paterna), só podendo admirar os homens à distância, imaginando e comparando-se a eles, sexualmente, numa máscara homossexual, o que faz sentir-se sempre inferior. Resta-lhe apenas o sexo com as

prostitutas, únicas fingidas que, vagabundas e pagas, não ousariam reclamar de sua inabilidade sexual. As virgens, impossíveis de serem penetradas e tocadas, como a tia-criança, são uma ameaça difícil de ser superada. Daí resta-lhe amá-las platonicamente.

Mediante essas considerações, poderíamos ainda indagar o que concorreu em Benedito para deixá-lo, segundo seus pesadelos, paralisado em uma posição feminilizada, na qual tudo o que lhe resta é ser “atacado por trás”? Ao falarmos do que resta a Benedito, pensamos que é como resto consciente que fica o seu desejo e, por isso, ele pode revelar, não sem pesar, que chegou a pensar ser um “bicha” pois, em sua fantasia, homem impotente, não pode ter pênis duro e só pode desejar receber o pênis por trás.

Descrevemos como o processo psicoterápico foi o cenário no qual Benedito deslocou seu sintoma de DE para uma impotência em obter prazer com o sexo e traçamos como, de alguma forma, em seu labirinto psíquico, seu sintoma se revela como um gozo da impotência, escravizando-o na condição de ter que se manter impotente, apesar de seu pênis funcionar. E a impotência de Benedito revela-nos uma relação especial com os homens e com as mulheres. Numa máscara homossexual, que talvez o aproxime da virilidade sob a fantasia de ser penetrado – como a didática sexual dos gregos clássicos – admira e teme a potência nos homens, especialmente nos mais velhos, aos quais se sente subjugado, como a seu pai, prova viva de um pênis-falo que dá conta de várias mulheres, além de sua mãe, mas que se nega, com seu distanciamento, a salvá-lo do estrangulamento materno.

Benedito mantém-se sexualmente histérico, preso a sintomas psicossomáticos, mantendo uma alienação subjetiva ao desejo do Outro⁹ e tendo que, a todo custo e momento dar provas de sua virilidade. É para ser provado, testado que ele mantém suas relações sem prazer. Como nos adverte Lacan (1984):

O sintoma histérico, que é uma desintegração de uma função somaticamente localizada: paralisia, algia, inibição, escotomização, toma seu sentido do simbolismo organomórfico – estrutura fundamental do psiquismo humano segundo Freud, que manifesta por uma espécie de mutilação o recalçamento da satisfação genital¹⁰.

⁹ DOR, Jöel, **O Pai e sua Função...**, Op., cit, p.69.

¹⁰ LACAN, Jacques. **Os Complexos Familiares** (1984 [1938]), Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p. 81-2.

Quanto às mulheres, ele-sintoma diz: “a doença criou em mim uma insegurança para eu conseguir as mulheres. O problema tá aí, nessa parte”. Parte esta, à qual Benedito tenta tirar provas, a todo custo, de seu valor perante as mulheres. A busca de aprovação quanto a seu desempenho sexual, projetada junto com sua hostilidade, só pode vir como reconhecimento externo, nomeado como masculinidade, essa “coisa de pênis” à qual só recentemente ele pôde se referir.

CAPÍTULO 3.8: (IM)POTÊNCIA: CONDIÇÃO UNIVERSAL DA CIVILIZAÇÃO?

*Eu te amo porque te amo,
Não precisas ser amante,
E nem sabes sê-lo.
Eu te amo porque te amo.
Amor é estado de graça
E com amor não se paga.
Amor é dado de graça,
É semeado no vento,
Na cachoeira, no eclipse.
Amor foge a dicionários
E a regulamentos vários.
Eu te amo porque não amo
Bastante ou demais a mim.
Porque amor não se troca,
Não se conjuga nem se ama.
Porque amor é amor a nada,
Feliz e forte em si mesmo.
Amor é primo da morte,
E da morte vencedor, por mais que o matem (e matam)
a cada instante de amor.*

As Sem-razões do Amor

Carlos Drummond de Andrade.

3.8.1. Morrer de sede em frente ao mar....

Freud (1912) refere-se à impotência como tendo uma causa psíquica, um obstáculo dentro do sujeito que dá origem à inibição de sua potência masculina. No entanto, diz que os pacientes são incapazes de representar o obstáculo interno que interfere em seu desempenho, visto que eles são removidos da consciência do indivíduo.

Esta singular perturbação atinge homens de natureza intensamente libidinosa e se manifesta como uma recusa dos órgãos executores da sexualidade de levar a cabo o ato sexual, conquanto antes e depois eles possam demonstrar-se como íntegros e capazes de praticá-lo e conquanto apresentem forte propensão psíquica a realizá-lo.¹

A origem da perturbação, para Freud, é determinada por uma inibição na história do desenvolvimento da libido e, nesses casos, o que denomina de *corrente afetiva* (que corresponde à escolha de objeto primária da criança, constitui-se nos primeiros anos da infância) e de *corrente sensual* (escolha de objetos sexuais a partir da puberdade) falharam em se combinar.

Freud assim descreve o que ocorre com o desenvolvimento da libido: a corrente afetiva se forma com base no instinto de autopreservação da criança e se dirige aos que cuidam dela, geralmente seus pais, sendo que as primeiras satisfações sexuais são ligadas às funções de cuidado necessárias à preservação da vida dessa criança.

Essa corrente afetiva, que conduz o erotismo infantil, se desvia, contudo, de objetivos sexuais. Na puberdade, e com o amadurecimento psíquico, esse objetivo sexual, ou corrente sensual, une-se à corrente afetiva, mas defronta-se à barreira do incesto. Freud (1917 [1916-17]) assim descreve claramente:

Constatamos que, na puberdade, quando os instintos sexuais, pela primeira vez, fazem suas exigências com toda a sua força, os velhos objetos incestuosos familiares são retomados mais uma vez e novamente catexizados² com a libido. A escolha objetal infantil era apenas uma escolha débil, mas já era um começo que indicava a direção para a escolha objetal na puberdade. (...) Dessa época em diante, o indivíduo humano tem

¹ FREUD, Sigmund. *Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor (Contribuições à Psicologia do Amor II)* (1912), Vol. XI, Op. cit., p. 185.

² “Besetzt”, carregados com energia (parte da nota de rodapé da mesma citação).

*de se dedicar à grande tarefa de desvincular-se de seus pais e, enquanto essa tarefa não for cumprida, ele não pode deixar de ser uma criança para se tornar membro da comunidade social. Para o filho, essa tarefa consiste em desligar seus desejos libidinais de sua mãe e empregá-los na escolha de um objeto amoroso real externo e em reconciliar-se com o pai, se permaneceu em oposição a este, ou em liberar-se da pressão deste, se, como reação à sua rebeldia infantil, tornou-se subserviente a ele.*³

A libido se esforçará então para encontrar outros objetos para expressar a vida sexual, os pais serão então substituídos por estranhos, com os quais o adolescente poderá se envolver sexualmente.

“Esses novos objetos ainda serão escolhidos ao modelo (imago) dos objetos infantis, mas com o correr do tempo, atrairão para si a afeição que se ligava aos mais primitivos”⁴ É o que Lacan denominará como impregnações imaginárias⁵ no processo de simbolização.

Para Freud (1912), afeição e sensualidade se associariam no apego de um homem por uma mulher sendo que, ao desejar, seria de se esperar dele uma supervalorização afetiva do objeto sexual. Nem sempre e com certa dificuldade, é o que observamos em nossos exemplos clínicos. A inibição do desenvolvimento libidinal que seria a origem da perturbação da impotência como sintoma, deve-se às influências das fixações infantis e da subsequente frustração trazida pela realidade da barreira contra o incesto.

*Os neuróticos, porém, não chegam absolutamente a nenhuma solução: o filho permanece por toda a vida subjugado à autoridade do pai e é incapaz de transferir sua libido a um objeto sexual externo. Com o relacionamento modificado, o mesmo destino pode esperar a filha. Nesse sentido o complexo de Édipo justificadamente pode ser considerado como núcleo das neuroses.*⁶

³ FREUD, Sigmund. *Conferência XXI, O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais* (1917 [1916-17]), Vol XVI, Op. cit., p. 340.

⁴ FREUD, Sigmund. *Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor (Contribuições à Psicologia do Amor II)* (1912), Vol. XI, Op. cit., p. 187.

⁵ No Seminário “A Carta Roubada” de 1956 Lacan aponta a importância das impregnações imaginárias (Prägung) nas parcializações da alternativa simbólica que dão à cadeia significante seu aspecto. Diz que essas incidências imaginárias longe de representarem o essencial de nossa experiência, nada fornecem que não seja inconsciente, a menos que sejam relacionadas à cadeia simbólica que as liga e as orienta. A ordem simbólica é constituinte para o sujeito. LACAN, Jacques. **Escritos**, Op. cit., p. 13-66

⁶ FREUD, Sigmund. *Conferência XXI, O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais* (1917 [1916-17]), Vol XVI, Op. cit., p. 340.

Freud se refere a uma fixação incestuosa na mãe ou na irmã, que seria o mais comum nos casos, além de impressões penosas associadas à atividade sexual infantil e a fatores que reduziriam a libido, dirigida ao objeto sexual feminino. Quanto mais traumática fosse a vivência libidinal com o feminino na infância, mais isso atrapalharia, num efeito de causalidade, os relacionamentos posteriores com as mulheres na vida adulta.

Dois fatores decidiriam o curso dos acontecimentos: em primeiro lugar, “a quantidade de *frustração da realidade* que se opõe à nova escolha de objeto e reduz seu valor para a pessoa em questão”⁷. A realidade e seu caráter substitutivo, sempre se mostraria mais apática ou desfocalizada do que o idealizado pelo desejo.

Em segundo lugar, “há a quantidade de *atração* que são capazes de exercer os objetos infantis, que deverão ser abandonados, e que existem em proporção às catexias eróticas que se ligam a eles na infância”⁸.

Esses dois fatores, sendo preponderantemente fortes, afastariam a libido da realidade, fixando-a nos primeiros objetos sexuais e isso, dentro da economia suportável do aparelho psíquico, permaneceria inconsciente, deflagrando a neurose. A descarga libidinal abortada na realidade, aconteceria então pela masturbação.

Na neurose, há uma substituição por objetos diferentes dos originais (pais), mas apenas para serem admissíveis à consciência e permitirem a atividade masturbatória aliviadora, sem que essa substituição se realize efetivamente no plano real (outras relações), o que fortaleceria uma grave fixação libidinal inconsciente nos objetos incestuosos, podendo resultar em uma impotência total com comprometimento do funcionamento dos órgãos sexuais.

Esse texto de Freud (1912), sobre as duas correntes, é muito anterior ao *Esboço* publicado em 1940 e onde o autor vai desenvolver de modo mais claro e amplo os efeitos da ameaça de castração afetando toda a posterior vida sexual do menino e, portanto, tendo um papel crucial na confluência ou divergência da afetividade e da sensualidade.

⁷ FREUD, Sigmund. *Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor (Contribuições à Psicologia do Amor II)* (1912), Vol. XI, Op. cit., p.187.

⁸ *Ibid.*, p. 187.

Em situações menos graves em que a corrente sensual não se oculta totalmente atrás da corrente afetiva e pode se expressar parcialmente na realidade, Freud diz que a atividade sexual apresenta indícios de não possuir “a força impulsiva psíquica total do instinto por trás dela”⁹.

A atividade sexual então perturba-se com facilidade, não é muito satisfatória, necessita de condições favoráveis, objetos específicos, é adiada, apática, enfim, poderíamos citar toda uma burocracia que, usualmente, ouvimos de nossos pacientes para que tenham e considerem uma atividade sexual prazerosa. Lembremo-nos de Armando.

Acima de tudo, para essas pessoas, a atividade sexual (corrente sensual) evita a corrente afetiva para que não rememorem, segundo Freud, as imagens incestuosas proibidas (acrescenta-se aqui o temor da castração)¹⁰. Para garantir isso, procuram sexualmente pessoas nas quais não irão se ligar afetivamente. “Toda a esfera do amor, nessas pessoas, permanece dividida em duas direções personificadas na arte do amar tanto sagrada como profana (ou animal). Quando amam, não desejam, e quando desejam, não podem amar.”¹¹

A *depreciação* do objeto sexual é a saída a que os homens recorrem para expressar a sensualidade de forma mais livre e assim atingirem prazer. Além disso, naqueles em quem as correntes afetiva e sensual não puderam confluir apropriadamente, a sexualidade mantém características e/ou finalidades perversas (justamente por se descolarem do afetivo) que só parecem possíveis de se realizarem com um objeto sexual depreciado. A imagem da prostituta fecha bem o quadro que acabamos de descrever.

Visto esses fatores serem encontrados em quase todos os indivíduos e admitindo-se que em apenas algumas pessoas as duas correntes, de afeição e de sensualidade, se fundiram adequadamente, Freud coloca a perspectiva da impotência psíquica (“Psychister Impotentz”) como “uma condição universal da civilização e não uma perturbação circunscrita a alguns indivíduos”¹².

⁹ Ibid., p. 188.

¹⁰ “Freud afirma, por exemplo, o fato bem conhecido de que muitos homens não podem desejar a mulher que amam, nem amar aquela que desejam. Sem dúvida, é porque a mulher amada – e respeitada -, de alguma forma muito próxima da mãe, está por isso proibida.” CHEMAMA, Roland. Op. cit., p. 12.

¹¹ FREUD, Sigmund. *Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor (Contribuições à Psicologia do Amor II)* (1912), Vol. XI, Op. cit., p. 188.

¹² Ibid., p. 190.

A partir daí coloca que o homem traz o “selo da impotência psíquica” ou seja, em seu comportamento amoroso, o respeito pela mulher atua como restrição à sua atividade sexual e a depreciação do objeto sexual desenvolve sua potência, pela entrada de componentes perversos em seu objetivo sexual.

Considerando esse texto de Freud de 1912 como um suplemento aos Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade de 1905, retomamos a questão de amar, desvinculado de possuir sexualmente (“morrer de sede em frente ao mar”) só que com as devidas frustrações e medos interiorizados, o trabalho não é mais o do infante de desvincular ou desinvestir sexualmente o objeto amado (mãe) sob a pena da castração. A questão que se coloca então é a de ser capaz de retornar a essa sensualidade afetiva, excitação-sentimento (emoção inaugurada pelo afeto materno) sentido como ameaçador e que teve de ser renunciada e introjetada como perda, pela ameaça efetiva da castração, e poder amar e ‘sexuar’ (fazer sexo) com prazer.

Dessexualizar o afeto dirigido para a mãe garante a integridade física do garoto, protegendo-o da emasculação materna e o aproximando da identificação paterna e do amor do pai, como já vimos. No entanto, a posterior sexualização dos objetos desinvestiria o afeto amoroso e vice versa, sendo que a junção de ambos seria sempre, em algum nível, algo ameaçador.

O indivíduo apenas tardiamente poderá juntar com sucesso as duas correntes, após ter renunciado aos objetos originais e ‘aceitado’ substituí-los *com perda de prazer*. Ter que abrir mão dos objetos originais de desejo sexual possibilita aos indivíduos voltarem-se a objetos externos substitutivos, inaugurando a exogamia psíquica como possibilidade de satisfação sexual e emocional, ao custo da satisfação não plena ou não-satisfação, o prazer pelo gozo.

A psicanálise revelou-nos que, quando o objeto original de um impulso desejoso se perde em consequência da repressão, ele se representa, freqüentemente, por uma sucessão infindável de objetos substitutos, nenhum dos quais, no entanto, proporciona satisfação completa. Isso pode explicar a inconstância na escolha de objetos, o ‘anseio pela estimulação’ renovada que tão amiúde caracteriza o amor dos adultos.¹³

¹³ Ibid., p. 194.

Para Freud, a vida do homem só é possível se ele renuncia ao narcisismo para entrar no mundo do limite, ou seja da castração e da morte. Entretanto, uma tal renúncia nunca é completa: a convicção de que, logo no início da vida, algo foi-nos roubado, que nada, nenhuma gratificação será uma indenização à altura do objeto primordial perdido, é uma constatação que se traduz pela reivindicação universal, que pode ser patológica em alguns casos, de que a comunidade não nos dá nunca aquilo que nos é de direito; que recebemos apenas falsos substitutos.¹⁴

A impossibilidade de satisfação completa para o homem civilizado parece ser, para Freud, a própria essência da pulsão sexual. Não só por termos que substituir, principalmente na puberdade e com a erupção sensual, os objetos originais de desejo, mas também por termos que suprimir ou adequar os componentes animais de nossos instintos do amor, que constituem parte importante de nossa vida erótica. Exemplo dessa supressão são os instintos coprófilos e sádicos, cujos “processos fundamentais que produzem excitação erótica permanecem inalterados” a despeito das exigências da civilização.

Na carta de novembro 189 de Freud a Fliess (carta 75)¹⁵, ele relata que desde alguns meses anteriores àquele verão estava por encontrar a fonte do recalque sexual normal, o que ele denomina como moralidade, vergonha, etc.

Inicialmente, ele associava a idéia de recalque das sensações de olfato à adoção da postura ereta, o nariz levantado do chão (já esboçava isso na carta 55). Nos animais, zonas sexuais como boca, nariz, ânus e garganta promoveriam a sexualidade e continuariam em vigor. Já nos homens, elas não proporcionariam qualquer contribuição a libido do mesmo modo como fazem os órgãos sexuais propriamente ditos. Quando a primazia daquelas zonas persiste nos humanos, o resultado é a perversão.

Em *Histoire de Juliette*, Sade, considerado um exemplar da perversão, conclui de forma radical pela inegável superioridade da lascívia em relação à moral, afirmando ser a primeira constitutiva do humano e, portanto, impossível de ser abandonada: “um bom jantar pode causar uma volúpia física, enquanto que salvar três milhões de vítimas, mesmo para uma alma honesta, causaria apenas uma volúpia moral”.

¹⁴ CECCARELLI, Paulo Roberto. Identidade e Instituição Psicanalítica. Conferência apresentada no IV Congresso de Psicopatologia Fundamental acessada pelo site: <http://www.geocities.com/HotSpring/Villa/3170/12.htm>.

¹⁵ FREUD, Sigmund. *Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess* (1950 [1892-1899]), Vol. XI, Op. cit., p. 318-322.

Ou seja, escancarando nossa realidade pulsional, para Sade, somente nos prazeres do corpo a volúpia física teria expressão e gozo. Possibilidades sublimatórias, como depois apontadas por Freud, parecem na obra do Marquês apenas *dissimulações* que reprimem sua verdadeira realização como indivíduo, que se daria somente ao entregar-se a todos os vícios.

Pois, para atingir absolutamente das Ding, para abrir todas as comportas do desejo, o que Sade nos mostra no horizonte? Essencialmente a dor. A dor de outrem e, igualmente, a dor própria do sujeito, pois são, no caso, apenas uma só e mesma coisa. O extremo do prazer, na medida em que consiste em forçar o acesso à Coisa, nós não podemos suportá-lo. É o que constitui o lado derrisório, o lado – para empregar um termo popular – maníaco que salta a nossos olhos nas construções romanceadas de um Sade – a cada instante se manifesta o mal-estar da construção viva, exatamente isso que torna tão difícil, para nossos neuróticos, a confissão de algumas de suas fantasias.¹⁶

Possibilidades perversas de satisfação, como aquelas a que Freud se refere como tendo outros objetivos que não a da união genital entre homem e mulher, aproximariam idealmente, se isso fosse possível, a atividade sexual de um gozo absoluto, subvertendo a não-satisfação própria da cultura civilizatória que desconsidera e reprime os componentes animais de nossos instintos.

Os perversos, a gente começou então a encontrá-los, são aqueles que Aristóteles não queria ver a nenhum preço. Há neles uma subversão da conduta apoiada num saber-fazer, o qual está ligado a uma saber, ao saber sobre a natureza das coisas, há uma embreagem direta da conduta sexual sobre o que é sua verdade, isto, é, sua amoralidade. Ponham alma nisso na partida – a almoraldade...¹⁷

Sade, o marquês da perversão, apontava para a libertinagem como constituinte das relações humanas e, portanto, o que naturalmente proporcionaria prazer através da depreciação do outro, ou seja, o sadismo, termo cunhado a partir das práticas a que se referia em suas obras ou mesmo vivenciava.

¹⁶ LACAN, Jacques. *Da lei moral* 23 de dezembro de 1959). **O Seminário: Livro 7**, Op. cit., p. 102

¹⁷ LACAN, Jacques. *Letra de uma Carta de Almor* (13 de março de 1973). **O Seminário: Livro 20...**, Op. cit., p. 117.

Sem querer nos estender na questão ‘sadeana’ resta-nos citar como o escancaramento instintivo, apregoadado pelo marquês, e que necessariamente passa pelo dos orifícios corporais e suas secreções, traz em seu bojo uma moralidade, cuja lei é do tudo mostrar e tudo dizer (as palavras são as câmeras da pornografia). O “script” de Sade segue por intermédio daquilo que mais nos estremece e intimida, em que a relação sexual se abisma no não –senso, para alcançar o gozo inatingível.

No diálogo entre o neurótico e o perverso, o perverso monta uma cena para fazer com que o neurótico acredite que ele domina os segredos do gozo – e o neurótico, bobo, acredita. O perverso goza sim, mas não como o neurótico acredita. Ele goza em iludir o neurótico (a cultura), em se fazer mestre de um gozo que ele também não alcança. Mas como todo fingidor, é claro, ele goza “ao fingir o que deveras sente”, etc.¹⁸

O ‘saber-fazer’ do perverso, necessariamente passa por uma ação que em nada se esquia de uma lei, talvez burocrática como para o neurótico, mas que aqui prioriza o gozo compulsório, ao qual podemos, sem erro de enunciação, denominar moralidade perversa, mas moral em sua conduta normativa.

Podemos apontar para a moral normativa sadeana, bem como para o “script” do perverso, com aquele destinado a anular as diferenças impostas pelas leis, pelos corpos, pelos limites. Anular a diferença para opor-se à castração da qual, a todo momento, o perverso esquia-se, embora provocando-a.

Chasseguet-Smirgel (1991) mostra como a perversão tenta abolir a diferença, principalmente às referentes ao ato sexual, aquela que separa os dois sexos. Quaisquer que sejam os conteúdos das perversões, desenrola-se em um pano de fundo idêntico, constituído pela regressão sádico-anal. O objetivo é destruir a realidade, feita de diferenças, para instalar o reino da analidade, onde todos são iguais. “Trata-se de substituir Deus, para tornar-se o criador de uma nova realidade, para tornar-se o *Criador*.¹⁹”

¹⁸ KEHL, Maria Rita. **A Mínima Diferença: masculino e feminino na cultura**. Rio de Janeiro, Imago, 1996, p. 240.

¹⁹ CHASSEGUET-SMIRGEL, Janine. **Ética e Estética da Perversão**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991, p 215.

Mantendo ainda viva a idéia de prazer “perverso” colocada por Sade, debrucemo-nos sobre o recalçamento civilizatório dos prazeres, ou seja, a “normalidade” social e moral(izante). Para Freud (1950), o que proporciona o recalçamento normal é “algo que, livre, pode levar à angústia, e, psiquicamente ligado, pode produzir rejeição – ou seja, a base afetiva para um sem-número de processos intelectuais de desenvolvimento, tais como a moralidade, a vergonha, etc.”²⁰,

Esse recalçamento surgiria à custa da sexualidade potencial extinta que, se não se produzir, pode levar a uma insanidade moral (perversão) como uma inibição do desenvolvimento.

A questão impossível, suscitada pela própria dinâmica apresentada na teoria freudiana, é justamente ela que “fecha” tão perfeitamente sua tese da universalidade da impotência psíquica.

A dificuldade do recalçamento dessa sexualidade potencial, pela perda de prazer aí suscitada, e a impossibilidade das correntes afetiva e sensual estarem juntas, pela proibição do incesto, realisticamente possibilitou ao indivíduo sua entrada na ‘civilização’.

A inibição sexual seria a adequação ideal à exigência repressiva social, se a sexualidade não se fizesse gritar desde sempre em nossas vísceras e nos alienasse, sem retorno, à existência do outro. É o ‘ponto essencial’ colocado por Lacan²¹ e que faz parte de toda a especulação de Hegel e da qual não nos esquivamos. Para Lacan, a dialética do trabalho, apresentada por Hegel, é a do próprio ser do homem.

Foi do conflito entre o Senhor e o Escravo, no qual, o que está em jogo é o reconhecimento do homem pelo homem, que Hegel deduziu todo o progresso subjetivo e objetivo de nossa história. “A satisfação do desejo humano só é possível se mediatizada pelo desejo e pelo trabalho do outro.”²² O próprio desejo do homem constitui-se, diz-nos ele, sob o signo da mediação: ele é desejo de fazer seu próprio desejo reconhecido. Ele tem

²⁰ FREUD, Sigmund. *Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess* (1950 [1892-1899]), Vol. XI, Op. cit., p. 320

²¹ LACAN, Jacques. *Formulações sobre a Causalidade Psíquica* (28 de setembro de 1946). **Escritos**, Op. cit., p. 183.

²² *Ibid.*, *A agressividade em psicanálise* (maio de 1948), **Escritos**, Op. cit., p. 123.

por objeto um desejo, o do outro, no sentido de que o homem não tem objeto que se constitua para seu desejo sem alguma mediação (desde o estágio do espelho), o que transparece em suas necessidades mais primitivas – como, por exemplo, no fato de que seu próprio alimento tem que ser preparado -, e que encontramos em todo o desenvolvimento de sua satisfação, a partir do conflito mestre-senhor e do escravo, através de toda a dialética do trabalho: “o que quer dizer que, no movimento que leva o homem a uma consciência cada vez mais adequada de si mesmo, sua liberdade confunde-se com o desenvolvimento de sua servidão.”²³

Podemos sentir, ver, ouvir isso na ordinariedade cotidiana de nossas vidas, ao estarmos atentos não somente para o que a prática clínica nos revela ou o que de nós mesmos insistentemente é convocado em nossos mais diversos contatos, mas também na dialética do dia-a-dia em que as palavras e suas metáforas não cessam: “pois quando eu te vejo, eu desejo teu desejo...”²⁴

É exatamente na dialética da demanda de amor e da experiência de desejo que se ordena o desenvolvimento do humano. O significante do desejo da mãe (S1) é objeto do recalque originário e se torna inconsciente. Esse recalque se dá dentro da triangulação edípica, graças à substituição desse desejo da mãe, esse enigma imaginário que denominamos anteriormente como *falo*, supostamente o que preenche a falta materna.

Essa substituição se dá baseada em experiências reais da criança que observa a relação dos pais, pela nomeação da metáfora do pai, o Nome-do-Pai, instaurando uma cadeia substitutiva ao desejo fundamental (desejo do desejo...) sob os auspícios da castração que perfura todas as etapas do desenvolvimento, e com o reconhecimento pela criança do pai como portador do falo. É o esquema R²⁵ (mãe-criança-falo).

O desejo de ser, recalçado em prol do desejo de ter, impõe à criança que engaja, a partir de então, seu desejo no terreno dos objetos substitutivos do objeto perdido. Para tanto, o desejo não tem outra saída a não ser fazer-se palavra, desdobrando-se numa

²³ Ibid., *Formulações sobre a Causalidade Psíquica* (28 de setembro de 1946)., **Escritos**, Op. cit., p. 183

²⁴ “Menino do Rio” música de Caetano Veloso

²⁵ LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose.(1955-56). **Escritos**, Op. cit.

demanda. Mas, ao fazer-se demanda, o desejo se perde cada vez mais na cadeia dos significantes do discurso.²⁶ E quando é de demanda que falamos, é sempre da demanda de amor.

3.8.2. O amor: esse mal-entendido

A alienação do desejo na linguagem, inaugurada pelo significante Nome-do-Pai, garante-lhe sua permanência na insatisfação e funda o sujeito desejanter no reino do simbólico. O desejo está sempre em outro lugar que não no objeto que ele visa, e sendo demanda está distante definitivamente do que seria uma completa satisfação e condenado a designar sempre seu objeto original (das Ding) como resultado da pregnancy cujo desejo foi recalçado.

Em Lacan (1959-60): “todo mundo sabe que o correlato disso é esse desejo do incesto, que é o grande achado de Freud. (...) É importante que tenha havido um homem que, num momento dado da história, tenha-se levantado para dizer – eis o desejo essencial.²⁷” Freud designa na interdição do incesto, o princípio da lei primordial e identifica o incesto com o desejo mais fundamental. Lacan (1959-60) assim ilustra:

É nesse ponto que quero detê-los. O que encontramos na lei do incesto situa-se como tal no nível da relação inconsciente com Das Ding, a Coisa. O desejo pela mãe não poderia ser satisfeito pois ele é o fim, o término, a abolição do mundo inteiro da demanda, que é o que estrutura profundamente o inconsciente do homem. É na própria medida em que a função do princípio do prazer é fazer com que todo homem busque sempre aquilo que ele deve reencontrar, mas que não poderá atingir, que nesse ponto reside o essencial, esse móvel, essa relação que se chama a lei da interdição do incesto.²⁸

²⁶ DOR, Joël. **Introdução...** O Inconsciente..., Op. cit., p. 94.

²⁷ LACAN, Jacques. *Das Ding (II)* (16 de dezembro de 1959). **O Seminário. Livro 7:** Op. cit., p.86.

²⁸ *Ibid.*, p.88.

Para Lacan (1985)²⁹, se Freud falou em recalque primordial, *Urverdrängung*, “é mesmo porque justamente o verdadeiro, o bom, o recalque de todos os dias, não é o primeiro – é segundo.”³⁰ Nosso recalque de todos os dias já pertence a essa cadeia de significantes substitutiva: “é enquanto substitutos do Outro que esses objetos são reclamados e se fazem causa do desejo³¹”.

*O mundo freudiano, ou seja, o da nossa experiência, comporta que é esse objeto, das Ding, enquanto o Outro absoluto do sujeito, que se trata de reencontrar. Reencontramo-lo no máximo como saudade. Não é ele que reencontramos, mas suas coordenadas de prazer, é nesse estado de ansiar por ele e de esperá-lo que será buscada, em nome do princípio do prazer, a tensão ótima abaixo da qual não há mais nem percepção nem esforço.*³²

É Fernando Pessoa e sua sensibilidade que nos auxilia a ilustrar os significantes substitutivos:

A OUTRA

AMAMOS SEMPRE NO QUE TEMOS

Fernando Pessoa

Amamos sempre no que temos

O que não temos quando amamos.

O barco pára, largo os remos

E, um a outro, a mão nos damos.

A quem dou as mãos?

À Outra.

Teus beijos são de mel de boca,

São os que sempre pensei dar,

²⁹ LACAN, Jacques. **O Seminário: Livro 20**, Op. cit., 1985

³⁰ *Ibid.*, p. 83

³¹ *Ibid.*, p. 171

³² LACAN, Jacques. **O Seminário. Livro 7:...**, Op. cit., p. 69.

*E agora e minha boca toca
A boca que eu sonhei beijar.*

De quem é a boca?

Da Outra.

*Os remos já caíram n'água,
O barco faz o que a água quer
Meus braços vingam minha mágoa
No abraço que enfim podem ter*

Quem abraço?

A Outra.

Bem, sei, és bela, és quem desejei...

*Não deixe a vida que eu deseje
Mais que o que pode ser teu beijo
E poder ser eu que te beije.*

Beije, e em que penso?

Na Outra.

*Os remos vão perdidos já,
O barco vai não sei para onde.
Que fresco o teu sorriso está,
Ah, meu amor, e o que ele esconde!*

Que é do sorriso

Da Outra?

*Ah, talvez, mortos ambos nós,
Num outro rio sem lugar*

Em outro barco outra vez sós
Possamos nos recomeçar
Que talvez sejam
A Outra.
Mas não, nem onde essa paisagem
É sob eterna luz, eterna
Te acharei mais que alguém na viagem
Que amei com ansiedade terna
Por ser parecida
Com a Outra.
Ah, por ora, idos remos e rumo,
Dá-me as mãos, a boca, o ter ser.
Façamos desta hora um resumo
Do que não poderemos ter.
Nesta hora, a única,
Sê a Outra.

E disso tudo, da ignorância desse desejo cego que vaga à procura do que não pode encontrar, advém o grande mal-entendido que é o amor. “Em outras palavras, o mal-entendido é obrigatório, já que se apóia no desconhecimento (eu penso...) de que uma demanda supõe sempre um vazio impossível de preencher”³³.

No desejo de todo pedido, o que se pede é aquilo que não é, sem ser, ou seja, o objeto *a*, perdido, causa do desejo no qual reside a nostalgia de satisfação, da coisa materna, *das Ding*, aquilo que se repete. Como Lacan (1972-1973) expressa:

³³ DOR, Joël. *Introdução à Leitura ...*, Estrutura ..., Op. cit., p. 67.

(...) no desejo de todo pedido, não há senão a requerência do objeto a, do objeto que viria satisfazer o gozo – o qual seria então a “Lustbefriedigung” suposta no que se chama, impropriamente, no discurso psicanalítico, a pulsão genital, aquela onde se inscreveria uma relação que seria a relação plena, inscritível, de um, com o que resta irredutivelmente Outro.³⁴

O mal-entendido é tomar um estranho, um outro pela Coisa e pretender disso fazer Um, satisfazendo o gozo da completude: gozo inatingível, abandonado, substituído. Toda uma luta subjetiva para chegar à impotência do amor: “o amor é impotente, ainda que seja recíproco, porque ele ignora que é apenas o desejo de ser Um, o que nos conduz ao impossível de estabelecer a relação dos... A relação de quem? – *dois* sexos”³⁵. O que dizer desse amor que tem essência de tapeação como imagem especular?

Como nos diz a canção de Chico Buarque o encontro mais certo talvez se dê apenas após a perda, num desvencilhamento necessário do (O)outro e num tempo outro, noutro registro, encantado, onde não se diz nada e nada acontece :

*Preciso não dormir, até se consumir
O tempo, da gente
Preciso conduzir um tempo de te amar
Te amando devagar e urgentemente
Pretendo descobrir, no último momento
Um tempo que refaz o que desfez
Que recolhe todo sentimento
E bota no corpo outra vez
Prometo te querer até o amor cair doente, doente
Prefiro então partir a tempo de poder
A gente se desvencilhar da gente
Depois de te perder te encontro com certeza
Talvez no tempo da delicadeza
Onde não diremos nada, nada aconteceu
Apenas seguirei como encantado
Ao lado seu...*

³⁴ LACAN, Jacques. *Rodinhas de barbante* (15 de maio de 1973) **O Seminário: Livro 20...**, Op. cit., p. 171.

³⁵ *Ibid.*, *Do gozo* (12 de dezembro de 1972), p. 14

O mal-entendido do amor, o Um do amor, coloca-nos diante da dificuldade de que a exigência de reconhecimento pelo outro (exigência do amor) é aquilo exatamente que nos aliena de reconhecer o nosso desejo. “Em contrapartida, o reconhecimento do desejo pode ser o oposto do amor, já que supõe que o sujeito leve em consideração que o desejo é necessariamente apelo para a metonímia dos objetos substitutivos (...)”³⁶ Por isso que quem ama, é quem não sabe. Por isso que se diz “eu te amo, porque te amo”, disso o que se sabe apenas, é que é amor, no qual a explicação não lhe cai bem.

Sócrates, no *Banquete*, não entra no jogo do amor com Alcibíades porque ele sabe o que está em questão nas coisas do amor e, porque ele sabe, ele não ama. O que Sócrates sabe, segundo Lacan (1961) é que ele não tem esse algo único que Alcibíades viu nele, esse logro de algo que seja amável nele e que fez com que o jovem o desejasse. Por isso ele se desvia desse amor, recusa-se a responder-lhe nesse plano, a se colocar como objeto de desejo do outro, recusando, assim, a ‘metáfora do amor’. Porque o que Alcibíades deseja é sempre a mesma coisa, uma demanda do Outro, este mesmo ponto supremo onde o sujeito é abolido na fantasia (seus *agalmata*) e, por isso mesmo, poderia substituir Sócrates por Agatão.

*É aqui que vamos encontrar a ponta do que constitui o impasse e o problema do amor, a saber, que o sujeito não pode satisfazer a demanda do Outro senão rebaixando-o – fazendo deste Outro o objeto de seu desejo.*³⁷

E isto, definitivamente, Sócrates não se sujeita e nega o objetivo do desejo de Alcibíades: a queda do Outro, A, em outro, a. E aí justamente que o jovem fracassa em sua empresa.

O Um do amor definitivamente está perdido e nos rituais de matrimônio a matemática está definitivamente errada: como um mais um se torna Um?

Daí o amor se revelar em essência como tapeação sob os auspícios dessa miragem especular na qual apenas a mim mesmo posso desejar (me amo no outro) e querer ser reconhecido (pelo outro). Existiria outra possibilidade em amar o próximo, senão como a si mesmo? A impotência se revelaria então como uma impossibilidade de se amar, que impediria o amor ao outro? E de que amor tratamos? Daquele da demanda inaugurada numa necessidade atendida com o a-mais e que funda o ser desejante, aquele cuja falta

³⁶ Dor, Joël. *Introdução à Leitura...*, Estrutura..., Op. cit., p. 68

³⁷ LACAN, Jacques. *Oral, anal, genital*. (22 de março de 1961). **O Seminário: Livro 8**, Op. cit, p. 219.

buscará no Outro a resposta e com isso, oferecerá seu amor. Amar é, portanto, dar o que não se tem, como formula Lacan (1961):

A metáfora do desejante no amor implica naquilo que ela substitui como metáfora, isto é, o desejado. O que é desejado? É o desejante no outro – o que só se pode fazer se o próprio sujeito for colocado como desejável. É isso que ele demanda da demanda de amor.

Não posso deixar de lembrar a vocês neste nível, antes de voltar à continuação de nossas afirmações, que o amor – como eu lhes disse sempre e voltamos a encontrar sua necessidade por todos os lados – é dar o que não se tem – e só se pode amar agindo como quem não tem, mesmo se se tem. O amor como resposta implica no domínio do não-saber.³⁸

A demanda, que é sempre de amor, tem que ser de alguma forma primariamente atendida para que o sujeito possa se amar, isto é, para que deseje ser Um, ou seja, para que embarque na procura do gozo impossível e se conforme, nessa busca, em subtrair apenas prazer. O trabalho seria o mesmo do alquimista, do opus alquímico, no qual a meta não é chegar lá, a Pedra Filosofal, a *lápiz invisibilitatis*. Para o ser desejante a meta não é chegar ao gozo aniquilador já que isso eliminaria de vez por todas o prazer em dele poder se aproximar.

O que nos garante continuar desejando e investindo para que nossas relações de amor estejam cada vez melhores é o *desejo do a-mais*, de retornar ao gozo de ser. Não é a realização desse gozo, pois isso aniquilaria toda a falta e nada restaria a desejar. É querer sempre o que se sabe inalcançável e nem por isso deixar de procurá-lo: o nível ótimo de insatisfação indispensável no qual nos sentimos satisfeitos.

Juan-David Nasio (1997) diz que um certo grau de insatisfação é vital para conservarmos a nossa consistência psíquica e o ser do nosso amor é aquele que faz o papel de objeto insatisfatório do desejo e, por isso, mesmo ele é o pólo organizador desse desejo.

Isto significa que ele é ao mesmo tempo o excitante do meu desejo e o objeto que só o satisfaz parcialmente. Ele sabe me excitar, me proporcionar um gozo parcial e, por isso mesmo, me deixar insatisfeito. Assim, ele garante essa insatisfação que me é necessária para viver e recentra meu desejo.³⁹

³⁸.A identificação por “Ein Einziger zug” (7 de junho de 1961). Ibid., p. 345.

³⁹ NASIO, Juan-David. **O Livro da Dor e do Amor**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997, p. 36.

Amar o objeto insatisfatório do desejo, é responder à ambivalência própria a toda demanda, na qual é implicado que o sujeito não quer que ela seja satisfeita, pois a extinção ou o esmagamento da demanda na satisfação não se poderia produzir sem matar o desejo. E se amar é gratuito, dar o que não se tem, sem pagamento, de graça, nisso não há graça alguma...

3.8.3. Depreciação como possibilidade masculina ao prazer

Em Freud há uma possibilidade teórica de satisfação masculina. A depreciação do objeto de amor, com a abertura para atuações perversas, possibilitaria um gozo sensual mais completo. Contudo, paga-se um alto custo emocional por isso. É o que podemos observar no atendimento de homens com disfunção erétil que, muito freqüentemente, procuram se relacionar com prostitutas, por temerem falhar com uma mulher do mesmo nível sócio-cultural que eles. Se o pênis funciona ou não, isso não parece alterar a sensação de não-satisfação que carregam após a relação sexual.

Alguns homens relatam uma certa estranheza enquanto estão na situação sexual com a prostituta, como se uma parte deles permanecesse fora da relação, essa parte que lhes garante o não-envolvimento com o objeto depreciado que eles pagam para lhes mentir o desejo e o prazer. Por isso mesmo, só entram no jogo como brincadeira, atores de “performance” sexual que, na maioria das vezes, não se realiza. Para esses homens cuja ‘única’ possibilidade de satisfação interpessoal é nesse jogo frustrado de “performance”, fica a nostalgia da satisfação completa, uma saudade deles mesmos inteiros, em gozo. Sentem-se ‘impotentes’.

O mesmo não observamos naqueles que podem utilizar esse “script” como um acréscimo em suas relações de amor, em busca de uma ‘mais-satisfação’ encontrada apenas quando se debruçam sobre possibilidades perversas, nas quais o objeto sexual possa ser depreciado.

Essa angústia nostálgica que permanece como queixa naqueles homens que, a despeito de seu funcionamento peniano, sentem-se impotentes em gozar com prostitutas (e todas outras mulheres), levou-nos a indagar sobre seu funcionamento psíquico. Benedito, assim se expressa:

Tive outra decepção. Eu tinha dito que nunca mais ia procurar garota de programa, mas fui. Eu quis ver se eu tava bom, sei lá. Foi uma decepção de novo, ficou uma angústia. Tive ereção, tudo, mas não gozei. Eu não conseguia gozar e fiquei me sentindo muito mal...

Recapitulando o motivo de nosso presente questionamento, temos por um lado homens que, podendo relacionar-se afetiva e sexualmente com suas parceiras, procuram o contato com mulheres, às quais irão pagar, para obterem o *mais de prazer* que comumente não alcançam ao lado daquelas que, junto deles, repartem suas vidas, muitas vezes são as mães de seus filhos, trabalhadoras, cultas, educadas, enfim, mulheres amadas, respeitadas e admiradas por eles, a quem não ousariam propor o sexo *depreciativo* que os levam a esse gozo *diferente*.

Vale a pena assinalar que esses homens têm prazer com suas parcerias, ou pelo menos tinham até que alguma queixa se instalasse e o que buscam é um “upgrade” de prazer, citando o termo utilizado por um paciente casado que usualmente freqüentava prostitutas.

Esses homens concordariam com o colocado por Freud, quanto à incrementação da potência e do prazer na depreciação do objeto de amor. Por outro lado, temos aqueles com dificuldades eréteis que procuram prostitutas ou mulheres que denominam como “fáceis”, “pervas”, “sem valor”, “usáveis”, para citar alguns dos adjetivos utilizados por eles, para denominarem que essas parceiras ocasionais não são consideradas “sérias” e que eles jamais se envolveriam emocionalmente com alguma delas.

Não levam muito em consideração o que quer que elas venham a pensar deles; daí, caso falhem na hora do sexo, não lhes parecerá tão devastador do que com uma mulher que valorizem ou com quem se sintam ligados afetivamente.

Essas últimas, castradoras em potencial, geralmente ocupam um lugar de julgadoras, cujo veredito lhes parece tão ameaçador que, comumente, não ousam se colocar como réus diante delas numa situação sexual, pela qual já se sentem culpados, pois sabem que poderão falhar.

Voltando à questão freudiana da incrementação sexual masculina na depreciação do objeto de amor, o que aconteceria a esses homens que, tendo as condições 'ideais' para atuarem sua masculinidade, mesmo assim parecem recuar?

Quando nos referimos às condições 'ideais' situamos dois pontos: do lado do sujeito a possibilidade de bem-viver a corrente sensual sem conflitos ou pelo menos, de forma compatível com a afetiva, visto essa poder estar a priori garantidamente 'afastada' (é o que crêem os pagantes), e, por esse motivo, poder ter plena manifestação do erotismo, aquele que por desconsiderar o valor do outro como indivíduo e a oblatividade, pode atingir um prazer diferenciado.

Do lado do outro, temos o objeto depreciado, desvalorizado, que nenhuma cobrança ou julgamento será colocado em consideração pelo pagante. O outro é o objeto do prazer, ou deveria ser, pois para isso é remunerado.

Parece-nos clara a idéia de que para todos esses homens, a confluência das duas correntes, em algum nível, falhou em se combinar: para os potentes, que se debruçam sobre possibilidades depreciativas e perversas de satisfação e nos quais a plena expressão da corrente sensual se dá somente no afastamento da afetiva; também para os impotentes, nos quais a sensualidade parece tê-los abandonado, restando-lhes amar platonicamente, ou como Platão melhor se expressaria, "no mundo das idéias".

Quanto à relação sexual, para uns, a depreciação incrementa a potência e para outros, ela não parece suficiente para assegurar a potência. Só resta a esses homens a potência do mundo das "idéias", o prazer solitário?

Lançando mão ainda do que Benedito nos revelou sobre seu sofrimento, em determinado momento de sua trajetória existencial, ele conhece uma mulher; e, a despeito de não se sentir muito atraído sexualmente por ela, consegue manter uma ereção satisfatória

para a relação sexual. Esse sucesso erétil ocorre, após ele revelar-lhe que tem um problema sexual e que poderia ser complicado manterem uma relação. Essa mulher lhe revela então que sabe exatamente o que lhe está acontecendo, porque já tinha vivido a situação com outro homem e isso não era porque *ele* era o problema, mas com certeza um *espírito* que o acompanhava e exercia influência sobre ele. Ela promete levá-lo a um lugar onde poderiam libertá-lo dessa ‘possessão’ e, após essa conversa ‘reveladora’, Benedito se sente excitado e consegue manter uma ereção.

Podemos ainda pensar em quem seria esse outro que se apresenta para Benedito? Essa mulher que lhe revela algo que ele não sabia de si mesmo e promete ajudá-lo? Um lugar de suposto saber... mas, podemos também pensar nesse saber revelado que diz a Benedito que ele *não é* ele, que ele *não é* impotente, que ele *não é* assim. O outro, esse sempre projetado, é o culpado pelo seu fracasso, nomeado como espírito maligno que deve ser afastado, o malvado responsável pela sua infelicidade e que ameaça sua masculinidade. Queremos pontuar o lugar do outro para esse homem impotente: o outro suposto saber e o outro responsável pela sua derrelição diante da vida.

CAPÍTULO 3.9: ROBERTO: UMA FANTASIA (HOMO) SEXUAL¹

Meu pai sempre dizia que o sofrimento melhora o homem, desenvolvendo seu espírito e aprimorando sua sensibilidade; ele dava a entender que quanto maior fosse a dor tanto ainda o sofrimento cumpria sua função mais nobre; ele parecia acreditar que a resistência de um homem era inesgotável. Do meu lado, aprendi bem cedo que é difícil determinar onde acaba nossa resistência, e também muito cedo aprendi a ver nela o traço mais forte do homem; mas eu achava que, se da corda de um alaúde – esticada até o limite – se podia tirar uma nota afinadíssima (supondo-se que não fosse mais que um arranhado melancólico e estridente), ninguém contudo conseguiria extrair nota alguma se a mesma fosse distendida até o rompimento.²

¹ Este capítulo foi apresentado como estudo de caso no 8^o Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana em São Paulo, maio de 2001 e está publicado sob forma de artigo em: GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Disfunção sexual masculina, psicopatologia e a complexidade da abordagem clínica. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, Iglu, Vol. 13, n.1, 2002.

² NASSAR, Raduan. **Lavoura Arcaica**. 3 ed, São Paulo, Companhia das Letras, 1989, p. 173-4.

3.9.1. Roberto, homossexualidade e impotência

Este caso clínico de disfunção sexual masculina ilustra a complexidade dos casos com os quais nos deparamos, quando nos propomos compreender o sofrimento do paciente que, expresso inicialmente através da queixa, apresenta algumas de suas facetas, mas que pode se desdobrar muito mais no decurso do tratamento, abrindo possibilidades para elaborações mais profundas.

Roberto tem 48 anos, é solteiro, comerciante, primogênito de 3 irmãos. Mostra-se bastante prolixo desde o início, ansioso e com queixa de disfunção erétil (DE) recente com quadro anterior de ejaculação precoce já há muitos anos. Procura atendimento, uma vez que seu problema sexual começa a impedi-lo de ser ativo em seus contatos homossexuais. Como se sente atraído por garotos mais novos, que diz serem sempre muito exigentes sexualmente, tem tido problemas para conseguir parceiros.

A avaliação clínica não detectou qualquer problema orgânico ou fator de risco importante para o desenvolvimento da dificuldade sexual. Exames foram realizados no Ambulatório de Urologia, para avaliação hematológica e hormonal, com resultados normais. O resultado do teste de ereção fármaco-induzida (TEFI) foi francamente positivo, com rigidez plena.

O paciente é encaminhado para a terapia sexual breve e, posteriormente, para a psicoterapia analítica no Ambulatório de Psiquiatria, na qual se engajou em um tratamento contínuo.

Após 2 meses de terapia sexual com relativo sucesso, é introduzido o citrato de sildenafil (Viagra) como medicação e o resultado é completamente satisfatório para o paciente que, inclusive passa a ter total controle ejaculatório.

Desde garoto Roberto se percebia atraído por homens e sempre manteve contatos homossexuais. Conta que às vezes saía para se relacionar com prostitutas, mas acabava sempre com outros homens. Durante muito tempo - e até recentemente - tinha necessidade de ter relação sexual todos os dias e não conseguia voltar para casa depois do serviço, sem antes ter um contato sexual. Freqüenta saunas e cinemas gays, semanalmente, onde sempre encontra parceiros eventuais para o sexo.

Relata que até uns 20 anos atrás sentia uma certa atração por mulheres, especialmente por uma, com a qual chegou a ter um compromisso mais duradouro. Sentia muito desejo por ela e só de imaginá-la, ficava excitado. Nunca conseguiu deixar de se relacionar com homens, inclusive durante o seu namoro com ela, o que o angustiava muito. Desistiu desse relacionamento com muito pesar, após ter se relacionado, sexualmente, com um parente muito próximo a ela. Nessa época teve que admitir para sua família sua preferência sexual, pois diz que não queria viver dividido, “como se estivesse mentindo”, e isso causou discórdias e brigas entre os familiares.

Conta de vários casos de amigos bissexuais que mantiveram uma vida dividida porque quiseram ter filhos, mas não acha que ele mesmo possa suportar isso. Recentemente admitiu a dor e tristeza de não ter tido filhos, pois adora crianças; queria educar um filho que fosse seu. Imagina que, com filhos, não seria tão solitário como se sente no momento. Outro custo que teve ao assumir sua homossexualidade foi o fato de ter permanecido solteiro e isso, com sua idade, segundo ele, acaba por revelar a todos sua preferência sexual. Para ele, “homem que não se casa até uma certa idade, todos desconfiam que é homossexual”. Conta que com isso, já perdeu oportunidades profissionais interessantes em algumas empresas que não aceitavam solteiros em seus quadros.

Diz não achar certo ser homossexual, porque o natural, segundo pensa, é homem com mulher. Teve que se aceitar assim e, de alguma forma, hoje em dia, conseguiu fazer sua família aceitar também, uma vez que ninguém o questiona mais ou critica. Instalou-se um silêncio em torno do assunto desde que saiu de casa para morar sozinho aos 25 anos.

Relata que sempre, depois do sexo, tem que se lavar ou se limpar e não acha certo o que presencia nos lugares que frequenta, onde os homens se relacionam com vários outros sem se limparem. Sempre relata, com detalhes, o que fica observando nesses lugares que nunca deixa de frequentar em várias cidades. Fica contando o número de parceiros com que cada um se relaciona, principalmente dos homens que ficam em posição passiva na hora da penetração e que se relacionam com vários seguidamente. Fica imaginando que, como quase nunca usam preservativo, a quantidade de sêmen e outras secreções dentro deles deve ser enorme e isso lhe causa certo nojo.

Quando sai sempre leva consigo preservativo, gel lubrificante e papel higiênico, pois não consegue ficar com o que chama “aqueles líquidos do sexo” após se relacionar. Diz que passou a ser mais seletivo, depois que presenciou vários amigos morrendo com AIDS.

É extremamente exigente quanto ao aspecto físico de seus parceiros. Só gosta de rapazes jovens, bonitos e só faz sexo com a luz acesa para que possa examinar o corpo do parceiro e ver se não tem lesões ou sinais de doenças. Diz não se sentir bem nos denominados “dark rooms” de boates gays, apesar de sempre freqüentar, mesmo que seja brevemente. Para ele onde tudo é escuro e ninguém sabe em quem está tocando, causa-lhe receio. Se ele recebe parceiros em casa, sempre toma banho depois do sexo e troca toda a roupa de cama, sendo que joga fora tudo o que o outro parceiro usar, numa atitude obsessiva de ter que se livrar desses objetos.

Os rapazes que o atraem devem ser másculos, fortes, musculosos, saudáveis e não tolera o que denomina como “bichas ou afetados”. Procura rapazes másculos que queiram ser passivos no sexo. O que o excita é a disputa nas preliminares para ver quem vai ser o passivo da relação, ou seja, quem vai conseguir ‘ganhar’ o outro para ‘comê-lo’. Diz que, principalmente quando era jovem, existia uma certa tensão entre os homens, visto que eles iam para cama sem saber quem era o ativo e quem era o passivo, havendo uma certa disputa física e quem perdesse fazia primeiro o papel passivo, e isso era extremamente excitante para ele, principalmente quando percebia que o homem másculo tornava-se passivo e sentia prazer em ser penetrado por ele.

Hoje diz que os homens são sempre passivos e mal começa a acariciar um parceiro e ele “já se abre como uma galinha choca arreganhada”. Ele instantaneamente diz perder o interesse, porque o outro “parece uma mulherzinha passiva”, o que o desmotiva para o sexo.

O pai de Roberto faleceu num acidente de carro, quando ele ainda era adolescente. Ele diz que se sentiu livre e aliviado com a sua morte porque ele era muito severo e punitivo com ele. Relata que seu pai teve várias amantes, gostava de freqüentar a vida noturna e vivia rodeado de mulheres. Sempre que o encontrava na rua, ele estava

agarrado a alguma mulher. Conta de uma sensação de estranheza, ao ver o pai se “atracando” com outras mulheres na rua, e passar por ele, como se não o conhecesse. Chegava em casa e contava tudo para a mãe, que depois brigava com o marido. O pai irado com ele, por ter-lhe dedurado, dava-lhe surras e o colocava de castigo. Lembra-se de ter perdido as contas de quantas surras levou do pai, mas sempre o dedurava para a mãe, todas as vezes que o via na rua, mesmo que fosse para depois apanhar.

Ele imagina que seu pai o via de forma diferente. Pensa que ele sabia de sua homossexualidade e tinha raiva dele por isso. As surras eram uma forma de puni-lo por não ser como ele.

Não se conforma com o fato de sua mãe, mesmo sabendo de tudo e brigando tanto com seu pai, sempre o aceitava de volta.

Relata que ejaculava rapidamente, desde seus primeiros contatos sexuais. Nunca conseguia permanecer mais que alguns minutos em situações sexuais, principalmente quando realizava penetração. Diz que isso piorou muito nos últimos anos, tornando-se limitante para seus contatos íntimos, pois não conseguia o controle ejaculatório nem nas preliminares que antecediam a penetração em si. Recentemente vem notando dificuldades em manter uma ereção rígida, antes de ejacular. Na masturbação solitária também relata ejaculação rápida.

Como a história de vida de Roberto nos revela, existiam vários pontos importantes a serem abordados num tratamento terapêutico, além de sua queixa de dificuldade sexual – fatores relacionados à constituição identitária, características obsessivo-compulsivas, dificuldades afetivas e emocionais, traumas infantis, etc. Era necessário que essas dificuldades pudessem se constituir como demandas psicológicas, para que Roberto iniciasse um processo de busca de sua própria verdade que o levasse a se engajar em um tratamento psicoterápico mais profundo¹. Durante o processo de anamnese no qual ele relatava sua história, esses pontos puderam ser enumerados, para que ele tivesse oportunidade de situar melhor sua queixa, admitindo que se beneficiaria de um tratamento a longo prazo.

¹ Roberto fazia terapia sexual no Ambulatório de Uro-impotência antes de ser encaminhado para psicoterapia com a pesquisadora.

A questão inicial que levou Roberto a querer se engajar num processo de análise centrou-se no fato de que ele se via capaz de controlar suas ejaculações, a não ser no momento da penetração e isso o deixava frustrado pois, a despeito das várias tentativas de aproximação, para que realizasse o coito com sucesso, sem o auxílio da medicação, nesse momento ele fracassava.

3.9.2. Aspectos psicopatológicos

O trabalho analítico com Roberto revelou como seu desempenho sexual sintomático era um reflexo de questões psicopatológicas subjacentes à sua constituição identitária e como estavam relacionadas com sua história de vida. Os contatos sexuais eventuais lhe traziam a segurança da não-intimidade, possibilitando-lhe ficar na superficialidade dos contatos genitais.

A impessoalidade dos contatos homossexuais que vivenciava, protegia-o de ser alguém numa relação que visava apenas o contato dos órgãos, buscando momentos de descarga de prazer em que as frustrações, medos, sofrimentos, característicos dos relacionamentos interpessoais, eram completamente negados – a impossibilidade de vivenciar frustração, leva-o a transformar os sujeitos de seus contatos sexuais em objetos anônimos.

Qualquer possibilidade de contato mais íntimo com o outro, como com suas secreções íntimas, parecia ameaçá-lo e levá-lo a se limpar obsessivamente de tudo, de qualquer lembrança ou resquício da presença do outro em si. Ao mesmo tempo, o que o ameaçava parecia instigá-lo a constantemente ter que observar, reparar, constatar, que as pessoas são capazes de ter contatos íntimos e se “sujarem”, “lambuzando-se” do outro sem se sentirem enojadas ou ameaçadas.

Esse aspecto ‘voyeurista’ aparece desde cedo, em sua vida, quando observava o pai se “atracando” com outras mulheres na rua. Isso ocorria tão freqüentemente que nos faz pensar se Roberto não procurava pelo pai, justamente para vê-lo com outras mulheres, ‘dedurá-lo’ sempre, mesmo sabendo da surra como punição. Era de certa forma um modo

de aproximação dolorosa (gozosa?) desse pai, de seu corpo, de sua virilidade. Pai que sempre permaneceu distante e ausente da família, vivendo suas aventuras amorosas fora de casa e deixando poucas ou nenhuma oportunidade de aproximação afetuosa para esse filho. Tal como a fantasia infantil descrita por Freud (1919) em *Uma criança é espancada*.

Os episódios de surra, tão freqüentes quanto os flagrantes, levam-nos a pensar numa certa eroticidade masoquista no registro interno de Roberto, pois eram de certa forma mantidos pelo paciente que relata ter *necessidade* de ‘dedurar’ o pai para a mãe, mesmo sabendo que iria apanhar depois.

Claro que ao entregar o pai, Roberto se aproxima da mãe, ficando de seu lado, provando-lhe que o pai era um cafajeste, como ele mesmo se refere, contudo, isso lhe causa pesar no momento em que percebe que, após as brigas, é ao lado desse pai que a mãe permanece. Há algo nesse cafajeste mulherengo que mantém a família unida, que aproxima sua mãe dele, que atrai as outras mulheres. Por ser um pai distante, aumenta para esse filho, o enigma da masculinidade do pai e a tensão na relação dos dois.

Essa tensão mantida entre os dois na hora da surra, que o colocava numa posição de submissão ao pai (feminilizado?), remete-nos à tensão sexual que ele mantém com seus parceiros. A luta a que se refere para decidir quem vai ser o passivo e que tanto o excita parece, de certo modo, trazer-lhe reminiscências dos episódios de surra com o pai. A diferença é que hoje Roberto luta para ‘ganhar’, para colocar o parceiro másculo, como o pai demonstrava ser, numa posição passiva sexualmente. Como se hoje ele pudesse vingar-se da submissão a que o pai o sujeitou quando criança e ser, de certa forma, reconhecido tardiamente em sua virilidade (o que não foi feito pelo pai amado-odiado), submetendo sádica e passivamente o parceiro.

Nesse sentido, Roberto atua características perversas de sua personalidade ao transformar o outro em meio para o seu prazer, objetivando-o, mostrando sua superioridade em subjulgá-lo, ao penetrá-lo. O significado subjetivo de gozo, ao realizar tal demonstração de poder, parece anteceder o ato em si. Roberto ejacula antes de realizar, antes da penetração, como se o prazer estivesse antes do coito, na possibilidade de colocar o outro na posição passiva e, ao conseguir isso (realizar a fantasia), atinge o auge da excitação, ‘gozando’.

A cena do espancamento pai-filho se cristaliza eroticamente para Roberto como ‘instante fantasmático’. Instante que, como diz Miller (1988), fixa o sujeito em lugar peculiar. Invertendo o lado da mesma moeda, do pólo passivo ao ativo, do senhor ao escravo, do masoquismo ao sadismo, a fantasia de Roberto coloca-o no lugar do pai que submete e, é nessa posição que ele goza falicamente.

Nesse sentido, Roberto não tem ejaculação ‘precoce’, visto poder ter o controle ejaculatório por muito tempo, inclusive durante o sexo oral e em todas as preliminares, por mais excitantes que sejam. Ele tem o controle do corpo, mas não daquilo pelo qual o faz ter prazer, a fantasia que engendra o gozo fálico. É disso que ele não pôde dar conta na terapia sexual, que escapou de seu controle e o intrigou a ponto de querer tentar decifrar.

Mais que se identificar ao pai, talvez Roberto inconscientemente ainda se vingue dele, amando-o ainda mais no ódio, ‘amódio’ (‘te adorando, pelo avesso’), ao negar e não poder ser como o pai, que deseja sexualmente mulheres. Nessa identificação e função paternas que não puderam se realizar completamente, seu desejo fica internamente cindido e Roberto, apesar de sentir, não considera certo ter atração por homens. Em sua fala há uma contradição muito grande, quando se refere à sua preferência sexual, pois é como se referisse a si mesmo como estranho, com preconceito do que sente, mas por não conseguir deixar de sentir, vai levando do jeito que pode.

Essa mesma estranheza se mostra na fala de Roberto ao descrever os lugares que frequenta para ter contatos sexuais. Apesar de lhe causarem nojo, ele não pode deixar de ir como também não pode deixar de reparar no modo como os homens lá se relacionam: sem nenhuma higiene e cuidado com relação a doenças. Podemos pensar que o que lhe causa nojo é justamente o que lhe excita, e que ele não consegue resistir e tem que continuar fazendo. Essa ego-distonia aumentava sua ansiedade, ao permanecer velada para Roberto, escravizando-o

Esse aspecto de sua vida sexual, marcada pela necessidade e compulsividade de frequentar tais lugares para se excitar e ter tais contatos, assinalam características de ‘adição’, como técnicas de sobrevivência psíquica que são necessárias para preservar a identidade subjetiva, como citado por McDougall².

² McDOUGALL, Joyce. *As Múltiplas Faces...*, Op. cit., 1997.

*Ninguém escolhe livremente empenhar-se nas condições altamente restritivas e exigentes impostas pelas invenções neo-sexuais compulsivas ou na solidão de uma vida largamente confinada a criações sexuais auto-eróticas. (...) essas chamadas escolhas representam as melhores soluções possíveis que a criança do passado foi capaz de encontrar diante das comunicações parentais contraditórias a propósito da identidade de gênero, da masculinidade, da feminilidade e do papel sexual.*³

Podemos nos referir como soluções ‘perversas’ ou ‘neo-sexuais’ de Roberto o seu comportamento de escolher e tratar seus parceiros sexuais como objetos intercambiáveis que não lhe causem sofrimento ou frustração. Do mesmo modo, é a necessidade de que suas relações se mantenham assim que o aprisiona nessa forma de satisfação, ou seja, por não suportar o envolvimento afetivo ele tem que manter seus contatos impessoais e se livrar de tudo que possa ‘contaminá-lo’ com a presença do outro. Segundo McDougall⁴, um dos objetivos do comportamento adictivo é o livrar-se de sentimentos.

O comportamento compulsivo é uma forma de atenuar estados mentais dolorosos, como a ansiedade em Roberto, preenchendo uma função de acolhimento, de cuidado, de tranquilização (função materna) que o indivíduo é incapaz de proporcionar a si mesmo. O problema é que mantém a insatisfação do sujeito desejante, fora do limite ótimo, digamos assim, para que tenha alguma satisfação. A compulsão entra no lugar do objeto amado, mas por este ‘erro espacial’ o encaixe é forçoso demais para que atenda a alguma demanda.

O que se passa no tratamento de Roberto? Ele se sente ‘satisfeito’ com a medicação que lhe proporciona sucesso erétil e controle ejaculatório, mas com isso, passa a se sentir ‘insatisfeito’ consigo. Para ele não havia problema ter que continuar tomando Viagra em suas relações, desfazer-se ou não do sintoma não era mais a questão a partir do momento em que ele se indaga: “mas por que sou assim?”. A fantasia do gozo fálico estava explícita, mas como atravessá-la? Como reconfigurar sua relação com ela? Aí a história é muito mais longa e Roberto teve que se angustiar muito, deprimir-se, ‘encontrar-se’ com o pai, chegar a elaborar o seu negado luto, o sofrimento da mãe nas mãos dele, sua relação com as mulheres...

³ Idem, p. 193.

⁴ Idem, p. 199.

Roberto permanece em tratamento psicoterápico, corajosamente enfrentando suas dificuldades internas. Sente-se mais tranqüilo em vivenciar suas preferências sexuais. Recentemente, uma ligação afetiva o convocou a reformulações internas e a confrontos com seus medos. Almeja poder ter um companheiro em sua vida e acha que pode estar na hora disso acontecer. Sente-se menos eufórico, reflexo possível da diminuição de sua ansiedade e tem conseguido manter contatos íntimos mais satisfatórios e gratificantes. Às vezes se esquece de tomar o Viagra.

CAPÍTULO 3.10: A IMPOTÊNCIA É SEMPRE HISTÉRICA OU A HISTERIA É IMPOTENTE?

*Dizem-me: esse gênero de amor não é viável.
Mas como 'avaliar' a viabilidade? Por que o que é
viável é um Bem? Por que 'durar' é melhor do que
'inflamar'?¹*

¹ BARTHES, Roland. Op. cit., p. 17.

3.10.1. O homem histérico

Falar sobre a histeria seria iniciarmos, com certeza, uma outra pesquisa. Queremos nesse momento focalizar alguns pontos, dentro de uma teorização sobre a histeria, que consideramos cruciais nessa nossa trajetória sobre a psicopatologia e a disfunção erétil. Fazemos essa passagem obrigatória pois, desde que a psicanálise existe como tal, o histérico é impotente. Sempre? Eis a questão, a qual se acrescenta necessariamente uma outra: todo impotente de etiologia psicogênica é histérico?

De imediato poderíamos responder não, claro que não. Mas as coisas não são tão claras assim, nem poderiam ser: a começarmos por indagar o que é ser impotente (por que utilizamos a expressão pejorativa de impotência em vez da politicamente correta “disfunção erétil”?) e o que estamos chamando de histeria, ou melhor, histeria masculina? Lançaremos algumas idéias e conceituações e retomaremos o tema na discussão. Vamos colocar a questão com relação à histeria para os homens, da qual Perrier (1992) faz uma colocação oportuna para nos situar nesse momento.

Sobre isto, uma nota: porque a histeria pode ser um diagnóstico para o homem e não somente para a mulher, há uma tentação nos trabalhos teóricos e clínicos em falar no neutro, quer dizer, em francês, no masculino. Alguns textos devem ser, assim, decifrados duplamente, porque ao falar do histérico, não se deu a ele um de seus dois sexos possíveis. Na medida em que é justamente a questão: “Quem sou, homem ou mulher?” que nos coloca o histérico, não se poderia, em nossa opinião, compreender a interrogação do mesmo modo e colocar em movimento a mesma dialética, no caso do demandante ser feminino ou masculino.¹

Sabemos que Freud iniciou sua teoria a partir das falas das histéricas, essas “figuras matriciais de nossa psicanálise²”. Os antigos consideravam a histeria exclusiva do sexo feminino (*hustera*: matriz, útero) e ligada às funções genitais. Hoje, a clínica nos comprova que ela é quase tão freqüente nos homens quanto nas mulheres. Sabe-se que, durante anos, foi dada muita pouca atenção à histeria masculina.

¹ PERRIER, François. **Ensaio de Clínica Psicanalítica**. São Paulo, Escuta, 1992, p 67.

² NASIO, Juan-David. **A Histeria**, Op. cit., p. 9.

Freire Costa (1996) situa que a partir de 1859, com Pierre Briquet³ é contestada a teoria da gênese uterina da histeria que passa a ser considerada uma “neurose do encéfalo” que resultava numa sensibilidade excessiva do sistema nervoso. A mulher teria uma predisposição maior a ser mais sensível do que o homem, porque seu encéfalo era mais influenciado pelas emoções e, portanto, mais sujeito à histeria.

A histeria continuou, depois de Briquet, predominantemente feminina, mas por causa da sensibilidade típica de seus nervos. Daí o problema da histeria masculina, pois um homem histérico poderia ser tomado como uma mulher, fugindo do que era esperado ao seu sexo, proteção e força, e tinha na origem de sua doença causas pouco nobres como eram as atribuídas aos sofrimentos domésticos femininos. Ele era um fraco.

*Acontece que a histeria masculina era sobretudo encontrada entre os ferroviários cheminots. Trabalhadores manuais e pobres de toda a sorte. Era a época da formação da classe da classe trabalhadora e dos grandes investimentos do estado na infra-estrutura necessária à expansão capitalista da Europa: 14 a 16 horas de trabalho diárias, de um lado, exército de reserva, de outro.*⁴

O que levou Charcot a se perguntar se a neurose histérica era, como se pretendia, mais freqüente na mulher do que no homem e o levou a colocar como mais uma de suas etiologias, a miséria, com todas as suas durezas e crueldades. Se isso for marca dessa neurose será possível ser homem hoje, fora da histeria?

*O homem histérico não só era feminino na sensibilidade. Era pobre, e com sua pobreza denunciava a violência de uma ordem político-econômica que queria se mostrar como o ápice da evolução do espírito humano e da civilização. A histeria foi por isso esquecida, deixada de lado como irrelevante para as idéias científicas. O histérico era um pária, e o que interessava à medicina como à higiene era o homem-pai e a mulher-mãe da família burguesa.*⁵

³ Ele se baseia no obra de CATONNÉ, J. P. “Femmes et hystérie au XIXème siècle”, *Synapse*, september, n. 88, 1992, p. 33-43.

⁴ COSTA, Jurandir Freire. O Referente da Identidade Homossexual in PARKER, Richard e BARBOSA, Regina (Org.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996, p. 82.

⁵ *Ibid.*, p.83.

A preocupação teórica com a histeria da mulher estava associada à preocupação com a família e à descendência, posto que a histérica era a antimãe burguesa. Por outro lado, o histérico não era o antipai burguês, mas um desclassificado, “cuja sorte patológica interessava pouco à constituição da ‘raça’ e da moral das “ruling classes”. Seu lugar será ocupado, como veremos, pelo ‘homossexual’, contrapartida político-sexual da ‘histeria feminina’⁶” Daí o descuido com a histeria desses mendigos, operários, trabalhadores, etc.

A questão científica irá se voltar para a homossexualidade, esta figura contrária a do homem-pai (daí ser inicialmente definida como uma perversão do instinto sexual) assim como a histérica, com seus ataques, era a incompetente para cuidar da família, a antinorma da mulher-mãe, esposa e irmã.

Sabemos que o sofrimento histérico de hoje, se é o mesmo de outrora, apresenta-se de forma diferente, numa clínica mais discreta e menos apavorante, embora faça referência aos ‘famosos traços’:

Qualquer ensaio sobre a histeria precisa fazer referência aos seus famosos traços. Quando pensamos na histeria, pensamos em pessoas perturbadas por suas demandas sexuais corporais e por suas idéias sexuais recalçadas, indiferentes à conversão, superidentificadas com o outro, expressando-se de um modo teatral, preferivelmente devaneando a existência do que propriamente nela se engajando, e preferindo a ilusão da inocência infantil à mundanidade do adulto. Sofrem, também, de sugestão, quer pela fácil influência do outro, quer pela transmissão de suas idéias aos companheiros histéricos. Embora haja outros que, na circunvizinhança dos distúrbios de caráter, compartilhem um ou mais traços destes acima mencionados, somente o histérico os reúne em uma única forma dinâmica.⁷

Mas e o homem histérico que nos chega hoje em busca de análise ou psicoterapia? François Perrier (1992) diz que são três categorias de dificuldades que levam esses homens aos consultórios de psicanálise: Problemas da atividade sexual, sendo a mais clássica a impotência, parcial ou total; angústia e fobia; fracassos e compensações, principalmente profissionais.

⁶ Ibid., p. 83.

⁷ BOLLAS, Christopher. **Hysteria**, São Paulo, Escuta, 2000, p. 8.

Os problemas da atividade sexual são exatamente os que focalizamos nesse trabalho, visto que todos os homens que tratamos nos trouxeram inicialmente uma ou várias queixas quanto à atividade sexual. Seriam todos histéricos? Com certeza não afirmaríamos isso, pelo menos não para todos, mas sustentamos que na dinâmica da estruturação subjetiva todos trazem, em maior ou menor grau, traços histéricos que parecem ter contribuído de forma mais ou menos clara na determinação ou afirmação de seus sintomas.

Afirmamos que se estivermos diante de uma problemática sexual masculina, e acertamos nosso foco, principalmente para as de origem psicogênica, como inapetência, DE, ejaculação precoce, anorgasmia, etc. devemos também focalizar nossa lente analítica para o que há de histeria neste sintoma.

*A impotência, a ejaculação precoce, o vaginismo ou a frigidez, todos são distúrbios característicos da vida sexual do histérico, os quais, de uma maneira ou de outra, exprimem a angústia inconsciente do homem de penetrar no corpo da mulher, e a angústia inconsciente da mulher de se deixar penetrar.*⁸

Acreditamos que, independentemente da etiologia da disfunção sexual, sempre que o sintoma se instala, são ativados os núcleos histéricos no sujeito. Se estamos diante de uma DE de etiologia venoclusiva, o clínico sabe com que causa deve lidar no tratamento. Contudo, desestabilizar a atividade sexual no homem é tocar em reminiscências de sua atribuição fálica; reavivar a castração é, portanto, remeter esse sujeito à sua vivência edípica e sua resolução ou não, com seu pai real. A potência no homem é um dos elementos que atesta o sucesso de sua assunção à masculinidade e é exatamente isto que o sintoma coloca à prova, independentemente de sua causa.

Muitas vezes, após a instalação da DE, independentemente de sua causa, muitos homens passam a apresentar sintomas psicopatológicos como depressão, ansiedade, compulsão, fobias, etc. O que estava bem organizado na presença da função sexual, de alguma forma se desestabiliza na sua ausência, mesmo que seja dito ao paciente que se trata de algo passageiro, que não tem nada a ver com seu lado emocional, como muitos médicos costumam dizer, para aliviar as fantasias associadas à impotência ou emasculação que ele, às vezes, espontaneamente, começa a trazer para as consultas.

⁸ NASIO, Juan-David. **A Histeria**. Op. cit., p. 45.

O paciente com disfunção erétil muitas vezes passa a se sentir **impotente** ou torna-se impotente, inclusive em outros setores de sua vida. Utilizaremos este termo para nos referir a implicação subjetiva como falha da masculinidade, associada à disfunção e que, tantas vezes, apesar da melhora do sintoma, continua habitando o mundo psíquico desses homens que foram afetados sexualmente.

3.10.2. Impotência e histeria

Nesse momento, queremos ressituar o que dissemos. Acreditamos que o que ativa os núcleos histéricos, em maior ou menor grau nesses sujeitos, é a **impotência na disfunção erétil**. Claro que pode existir homens que não fazem esta travessia, que **estão** disfuncionais e não **são**, nem se sentem, impotentes. Para os impotentes, a histeria, como estrutura ou traçado, pode ser um modelo válido de compreensão na psicopatologia da disfunção erétil.

Neste momento queremos lançar uma definição atual de histeria para conduzir nosso tema:

Para a psicanálise, a histeria não é, como se costuma acreditar, uma doença que afeta um indivíduo, mas o estado doentio de uma relação humana que assujeita uma pessoa a outra. A histeria é, antes de mais nada, o nome que damos ao laço e aos nós que o neurótico tece em sua relação com os outros a partir de suas fantasias. Formulemos isso com clareza: o histérico, como qualquer sujeito neurótico, é aquele que, sem ter conhecimento disso, impõe na relação afetiva com o outro a lógica doentia de sua fantasia inconsciente. Uma fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita.⁹

Falamos do homem *histericizado* com o sintoma sexual e sua relação com o pai. Falamos outrora como para o histérico, o pai simbólico está ali onde deveria estar, mas sua questão é com o pai real, esse pai de carne e osso que não é investido de poder fálico, sendo essa a razão pela qual seu filho vai buscar este falo alhures, com aqueles que têm o poder e que serão seus pais imaginários aos quais se submeterá, como à lei.

⁹ Ibid., p. 15.

“Trata-se de saber o que acontece, para um sujeito histérico com o pai real. A questão passa a ser: mas quem “come” a mãe do histérico? Ou melhor ainda: existe alguém que “coma” a mãe do histérico?¹⁰” Para que a situação do complexo de Édipo se desenvolva em condições normais é necessário que o pai tenha um pênis que funcione, real e válido, e que possua a mãe como seu homem e que o pênis da criança, comparativamente insuficiente ao primeiro, seja momentaneamente anulado no complexo de castração. Mais tarde, ele irá recobrá-lo, quando de posse de sua virilidade. O pai, como já vimos, é o que faz toda a mediatização, “ele é necessário a este desmame, mais essencial que o desmame primitivo, pelo qual a criança sai de seu puro e simples acoplamento com a onipotência materna.¹¹”

Esta questão nos lança diretamente a indagar sobre como o feminino se apresenta para este sujeito. Até então temos desenvolvido nosso tema referindo-nos ao outro, homem ou mulher, parceiro(a) no teatro sexual do sujeito impotente. Falamos do gozo da mulher como um *outro* gozo, suplementar ao gozo fálico masculino. Referimo-nos também ao Outro, este outro que inscreve a criança num referente simbólico e investe-se como um outro privilegiado. Em ambos registros, não especificamos o outro como tendo também um sexo diante deste homem que, a todo o tempo abordamos, consideramos até então que não é do *outro sexo* que deveríamos, tratar mas do Outro. Deliberadamente esquivamo-nos da discussão e focalizamos a verdade da questão sintomática.

A busca da verdade do sintoma lançou-nos à sua dimensão de alteridade, não é a do *outro sexo* mas do outro (homem/mulher) do homem que falha sexualmente. Falamos que na relação sexual, muitas vezes a alteridade pode ser o Outro. Se se trata de seu mesmo sexo, estamos no registro da homossexualidade e passamos ao da heterossexualidade se nos referirmos ao sexo diferente do seu, à sua relação com as mulheres. E isso deveria fazer toda a diferença.

¹⁰ WINTER, Jean-Pierre. **Os Errantes da Carne**. Op. cit., p. 153.

¹¹ LACAN, Jacques. *As calças da mãe e a carência do pai* (5 de junho de 1957). **O Seminário, Livro 4**, Op. cit., p. 374.

3.10.3. Quem é histérico diante do sexo do outro?

Nesse momento entramos na discussão do sexo, do histérico e do outro, pois veremos que ela é pontual para a questão da histeria. Formularemos da seguinte forma: Quem é o histérico diante do homem e diante da mulher? E ainda: Quem são eles, para o histérico?

Na medida em que no homem a realização edípica é melhor estruturada, a questão histórica tem menos chances de ser posta. Mas se ela se coloca, qual será ela? Há aqui a mesma dissimetria que no Édipo – o histérico, homem ou mulher, se põe a mesma questão. A questão do histérico macho concerne também à posição feminina.¹²

A posição feminina para o histérico é justamente a que faz parte da fantasia que fundou sua histeria: a mãe castrada e a conseqüente angústia da ameaça de que isto possa ocorrer consigo; a “angústia de castração” que Freud coloca desde *Os três Ensaio*s. Quando o menino descobre que a mãe é incompleta, desprovida do falo (por isso mesmo precisando do pai, que deverá, então, tê-lo),

seu universo – antes unicamente povoado por seres que eram todos portadores do falo (inclusive ele) – passa a se clivar em suas classes de seres: os que são portadores de um falo e os que são desprovidos dele; e isso independentemente de seu sexo anatômico.¹³

Como a mãe não tem o falo, o menino vai buscá-lo no pai, mesmo porque se lá o encontrar, fica respondido porque o pai tem que estar ali, ao lado da mãe, para oferecer-lhe o falo. Vimos que daí o pai tem esse lugar de falo instituído pela fala materna, pela valorização que a mulher lhe dá enquanto homem, seu homem. E o garotinho vai comprovar esse valor.

Se o pai falha falicamente, não corresponde ao lugar que merece ocupar ao lado da mãe, e como pai falha em castrar esse garoto (colocar limites à sua onipotência narcísica de ser um com a mãe), ele tende a ficar petrificado em continuar a *ser* o falo para a mãe (Outro). A angústia é em continuar tendo que responder ao desejo do Outro, à castração materna da qual pouco pode se defender, apenas corresponder com um alienamento de si,

¹² LACAN, Jacques. *A questão histórica (II)*. “O que é uma mulher?” (21 de março de 1956). **O Seminário, Livro 3**, Op. cit., p. 204.

¹³ NASIO, Juan-David. **A Histeria**. Op. cit., p. 52.

no desejo do Outro. Porque essa primeira castração não é a que convoca seu órgão, mas seu ser, seu corpo todo, desde sempre erotizado pelo contato materno. “O histérico é sexualizado ao longo da superfície do corpo e veste muito bem os ornamentos deste erotismo, ao passo que o intercuro não faz parte do sexo da superfície.¹⁴” Digamos que o histérico não chega à genitalidade, mal passa ou passa mal pela castração. Todo seu corpo é um grande órgão sexual, erotizado, menos seu órgão sexual que não pôde ser incorporado como tal.

Ele é o que o Outro não tem; e isso incomoda. É que esse excesso de narcisismo, esse falicismo difundido pelo corpo, constitui um tal excesso que, mesmo que proporcione ao sujeito o sentimento de existir, isso se dá ao preço da dor de estar constantemente submetido às solicitações do mais anódino dos estímulos provenientes 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.¹⁵

Nesse estágio do desenvolvimento psicosssexual da criança, conhecido como fase fálica, começa a se configurar as diferenças entre homens e mulheres a título sexual (lembramos da conceituação de gênero já trabalhada e de que a criança, muito precocemente, percebe as diferenças, mas não conceitua as associadas às diferenças anatômicas). Nesse momento, como pontua Nasio (1991), os homens e as mulheres são divididos entre os que têm ou não o falo, poderosos ou impotentes, sadios e enfermos, bonitos e feios, etc.

Vejamos que não é a diferença anatômica para a criança que pontua a diferença entre os gêneros, mas as qualidades, que inclusive podem ser de ambos e, a partir disso, a dúvida que o histérico carregará será de que ele não sabe se é um menino ou uma menina, a despeito de seu órgão. Ele **não sabe** quem ele é sexualmente e do sexo, ele não quer saber.

O horror à relação sexual, à fusão genital, típico da posição histérica, está associado a ter que admitir a castração (desde que foi constatada no Outro) e, admiti-la é admitir a diferença entre os sexos. Nesse universo em que a oposição dos sexos não existe, o histérico é bissexual, deslizando entre os papéis, ignorando seu sexo.

¹⁴ BOLLAS, Christopher. **Hysteria**, Op. cit., p. 244.

¹⁵ *Ibid.*, p. 60.

Nesse sentido, Nasio (1991) diz que não há uma histeria masculina diferente de uma histeria feminina, simplesmente pela razão que Perrier (1992) coloca: o problema da histeria reside na impossibilidade de assumir um sexo definido. A leitura diferente dele é que o adjetivo *masculino* para a histeria, é decisivo e faz uma escolha onde a escolha se revela impossível.

Para Lacan (1956), há alguma coisa singular na histeria: “a mulher se interroga sobre o que é ser uma mulher, da mesma forma que o sujeito macho se interroga sobre que é ser uma mulher.¹⁶” Portanto, consideramos que para ambos a questão é a mesma, contudo, existem as dissimetrias no complexo de Édipo e que tornam as coisas bastante complicadas para o homem, como já vimos.

O histérico renuncia à penetração para não colocar em perigo seu falo ou ter que abandonar o corpo-falo, o que seria uma desintegração corporal insuportável.

O homem histérico, surpreso com sua impotência no momento em que está prestes a penetrar a mulher desejada, reatualiza sem saber sua fantasia inconsciente de criança angustiada ante a visão do corpo castrado da mãe, percebido como um corpo desejante, e portanto, perigoso. A angústia de castração se converte, nesse momento, em inibição sexual, seguida da insatisfação que naturalmente decorre disso; uma insatisfação – repetimos – que o protege e à qual ele se agarra.¹⁷

Vimos que o histérico é esse que não sabe de seu sexo, vivendo numa estratégia para contornar a castração (ele não a realiza definitivamente) e não ter que admitir a diferença entre os sexos. Para ele, a mulher é o que ele quer saber, o que ele nunca pôde esclarecer na relação com sua mãe amada, o ponto enigmático que restou do desejo dela e do qual ele, seu garotinho, não encontrou resposta no pai.

Ele guarda uma dívida com a mãe, desde o primeiro momento do Édipo, de corresponder-lhe ao falo indecifrável. Dívida inscrita no corpo, fora do âmbito semântico, e da qual ele nunca poderá pagar, a não ser com seu aniquilamento, com sua morte. Essa dívida de ter que responder com o corpo dessexualizado, sem sexo, ao desejo do Outro, ele levará para suas relações com as mulheres.

¹⁶ LACAN, Jacques. *A questão histérica (II)*. “O que é uma mulher?” (21 de março de 1956). **Escritos**, Op. cit., p. 197.

¹⁷ NASIO, Juan-David. **A Histeria**. Op. cit., p. 60-1.

A mulher para o histérico é muita coisa, tudo o que ele não sabe mesmo. Contudo, para ele, ela sempre será o objeto *a*-sexuado que Lacan pontua. A mulher, enquanto objeto *a*, ou seja, pregnância do lugar primitivo materno, terá sempre esta impregnação materna antes de seu sexo. Por isso, se ela for só sexuada, a mulher que deseja sempre será ameaçadora e mal vista pelo histérico. Mal vista porque esta mulher que deseja, que demonstra seu desejo é desfocalizada do campo visual do histérico, visto que sua fantasia, que é visual, é marcada pela castração materna.

O histérico não consegue olhar para uma mulher plena de desejo, sem sentir que será profundamente ameaçado por isso, por duas razões: primeiro, porque o desejo sexual dela não lhe é reconhecido, *deste* ele sabe muito pouco, sua mãe assexuada ou insatisfeita sexualmente com seu pai, o privou desse conhecimento. Segundo, porque o desejo dela convoca que ele responda, ao que ele negará, pois não colocará seu falo neste jogo tão perigoso. Podemos ainda acrescentar o pavor como reminiscência da castração materna.

Vimos, anteriormente, como para alguns homens a depreciação do objeto sexual incrementa a potência e como para outros ela não parece suficiente para assegurar a potência. Este homem que não pode usar a depreciação a favor de sua potência sexual, é um histérico? Quem é o homem cuja depreciação do objeto sexual não incrementa sua potência?

Diríamos que o histérico não precisa depreciar seu objeto sexual, não mais do que ele já faz em sua fantasia. “Matar a mulher, ter medo de matá-la, proibir-se por impotência ou ejaculação precoce de fazê-la gozar para dispensar-se de matá-la. Os histéricos não são os que batem nas mulheres. Algo neles é cruel demais para que precisem acrescentar algo mais.”¹⁸

A fantasia do histérico é perversa, por ser tudo o que ele não pode ser; em seu mundo imaginário, muitas cenas perversas tomam o cenário, talvez numa tentativa de equilibrar, na sua mente, a polaridade aversiva de tudo o que seja sexual. Almodóvar (1985) em seu filme, *Matador*, expressa genialmente isso, por meio da figura encenada por Antonio Banderas.

¹⁸ WINTER, Jean-Pierre. *Os Errantes da Carne*. Op. cit., p. 65.

Tipicamente histérico, este personagem, filho de uma mãe carola, dessexualizada e castradora, faz uma conexão imaginária com seu professor de tauromaquia, o matador, e assume por ele todos os crimes que seria absolutamente incapaz de praticar, mesmo porque desmaia a qualquer visão de sangue.

Numa tentativa de provar sua virilidade para o professor, tenta estuprar a namorada dele mas, ao abordá-la, rapidamente ejacula antes de conseguir dominá-la. Após seu fracasso, assume com a pena da Lei, os crimes daquele que sabe fazer, para com isso, ser reconhecido como homem.

O preço da prisão lhe parece menor do que a prisão de não ser visto como homem. Imaginar-se numa situação de perversidade pode fomentar o prazer do histérico, muitas vezes ele tem que atuar como que para descarregar a tensão dessas idéias de gozo que o dominam. Mas ele não é perverso. Ao contrário, a negativa disso é sua lei e, por isso mesmo, às vezes ele tem que quebrá-la. Esse é seu fantasma.

Portanto, o histérico deprecia o tempo todo ao desfocalizar a mulher de sua realidade como castrada, ao não aceitá-la assim com seu sexo, cuja diferença o ameaça, por lhe representar um a-menos, uma falta que ele nega a admitir.

Ele também se nega a dar ao outro o que porventura possa querer de seu sexo, negando o desejo dele, que lhe é sempre ameaçador. O homem histérico, desta forma, desqualifica a mulher, pensando estar dignificando-a, elevando-a à adoração dessexualizada. A mulher que não é histérica desdenha desses homens, quando se colocam em uma posição sexual com elas, pois é aparente a dessintonia erótica entre os corpos.

Outro ponto a ressaltar na relação dos histéricos com as mulheres é que eles não podem “ouvir a demanda que emana de uma mulher a não ser como uma injunção. A demanda de uma mulher vira para ele ordem, em todos os sentidos da palavra ordem.¹⁹” A isso ele tentará responder como pode, tentando, principalmente, esquivar-se de ter que entregar seu corpo, seu falo, ou qualquer coisa que o ameace fisicamente. Normalmente ele tem muito medo de se arriscar.

¹⁹ Ibid., p. 160.

Poderíamos nos estender indefinidamente ao falar da mulher para o histérico, pois é justamente nisso da mulher que ele e toda a sua sintomatologia se prendem, mas vamos brevemente nos referenciar ao homem para o histérico, sem sermos repetitivos, no que já pontuamos. Lembremo-nos do pai e de todo exposto da relação do menino com ele.

No histérico, temos uma falha por parte do pai, no que concerne à atribuição fálica. Dissemos que, para não ficar perdido em ser somente o corpo-falo materno, desejo do Outro, o menino vai buscar o falo lá fora, nos outros que pareçam possuí-lo e dar provas disso. Esta busca também servirá para aliviá-lo da castração do Outro, para procurar novas figuras que dêem conta de valorizá-lo, que lhe sirvam de exemplo de força, de virilidade. Não é isso que o personagem de Banderas vai buscar no matador? Pois bem, os homens para o histérico serão aqueles que terão ou não o falo e ele estará a todo momento tentando ter provas disso. Assim Winter (2001) se refere:

(...) o histérico se experimenta na valorização endereçada a um outro homem e oferece assim o homem, em quem ele interroga o mistério de sua virilidade falha, à mulher cujo papel ele toma, por não ter satisfeito a identificação narcísica que o teria preparado para satisfazer um e outro em posição de objeto.²⁰

Para este autor, o que está em questão é uma falha identificatória, ou seja, o histérico erra em busca de alguém com quem se identificar, independentemente do sexo do modelo, ora homem, ora mulher. Vimos, com os casos clínicos, como esta ‘falha identificatória’ pode se configurar na convergência dos sintomas dos ‘impotentes’.

Contudo, a questão que colocamos é o momento em que esta falha ocorreria: na instauração da metáfora do Nome-do-Pai, uma falha na castração que, ficando aquém ou além da possibilidade de ser subjetivada pelo garoto, não é suficiente para a implantação do gozo fálico. Como o ‘lugar’ do desejo materno resta como enigma para o histérico, e o pai não o ajuda a desvendá-lo, nem vem salvá-lo deste mistério feminino, tudo o que apontar (outros) como sendo uma resposta a isso, é exatamente aquilo pelo qual ele irá se fascinar e, claro, subjugar-se. Assim, o desejo do histérico fica estagnado, aprisionado na busca do desejo dos outros, representantes do Outro.

²⁰ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 18.

3.10.4. Histeria e histericização

Birman (1997)²¹ faz uma importante discriminação ao considerar o ser da histeria hoje, baseando-se na retomada da figura de Carmen da ópera de Bizet, a materialização da mulher que ultrapassa as teses feministas, visto que rearticula o ser da sedução como uma positividade. Ele denomina de histericização, a colocação em movimento do desejo do sujeito que, ao contrário, no ser da histeria está em estado de degeneração, esterilizado, congelado:

Carmen está bastante longe desta conversa fiada, deste vazio do pulsional formulado por aqueles que têm horror ao erotismo e o tratam com o desdém dos assustados, pois descortina um outro horizonte possível para as figuras da mulher, da feminilidade e do amor, que ultrapassa em muito estas fórmulas simplistas para, então, incorporar decisivamente o erotismo no seu estilo de ser. Ideologias deserotizantes, inventadas de maneira interessada por homens fracos na sua virilidade e por mulheres débeis no seu erotismo, nos diz novamente Carmen nas entrelinhas.²²

Enquanto na histeria, o sujeito revela seu horror pela excitação e pela manifestação do erotismo, a histericização coloca o erotismo na cena inaugural da existência do sujeito e indica o decantamento das inibições sexuais e a suspensão do sintoma.

Neste contexto preciso, é que se devem considerar as relações da vanguarda estética do século XX, e a figura da histeria na psicanálise, segundo a revelação de Freud: nestes termos, a importância atribuída pelos surrealistas a Freud e à psicanálise ultrapassava de longe o interesse que conferiam a Charcot e a Janet, à medida que Freud tirou o véu que desnudava o erotismo da histeria, que estava subjacente no que era manifesto nas contorções, estigmas, paralisias e torturas, evidenciados pelo corpo histérico.

Com Freud, o método das livres associações permitia colocar em suspensão a ordem racional do entendimento e da vontade, de maneira a permitir a emergência dos registros do desejo e do erotismo. O erotismo, com seus humores e fluidez, colocaria em questão os ditames da razão onipotente, possibilitando que o desejo e a sedução se

²¹ BIRMAN, Joel. *Se eu te amo, cuide-se. Sobre a feminilidade, a mulher e o erotismo nos anos 80* in BERLINCK, Manoel Tosta (Org.) **Histeria**. São Paulo, Escuta, 1997, p. 89-132, passim.

²² *Ibid.*, p. 97.

inscrevam tanto no espaço pictórico como no ser da escrita, apontando para a ordem volátil da corporeidade, feminilizada, na sua condição de incompletude fundamental e não em sua condição fálica, imobilizada e metálica.

A histericização seria assim a condição básica para a produção estética. “Seria pela feminilização do desejo que o erotismo se torna possível, pois revelaria para os homens e para as mulheres a incompletude que rasga os seus corpos, permeados que são pelo excesso indomável e diabólico.”²³

Contrariamente, a figura da histeria nos remete para as pobres sofredoras (o que dizer dos sofredores?) que não podem assumir seu desejo, porque ficam atordoadas diante do falo. “Este, na sua dureza pétrea e na sua consistência metálica, conduz irrevogavelmente a mulher para a inibição sexual, a culpabilidade pelo desejar e a virilização férrea da perversão.”²⁴

Para Birman, as pessoas, homens e mulheres, têm medo do desejo e da feminilidade de seu erotismo e têm horror em perder os atributos e as insígnias fálicas de suas identidades, o que as condena à impossibilidade da diferença sexual. “Com isso, o intercâmbio sexual entre os sexos se transforma literalmente em algo da ordem homossexual.”²⁵ Este seria o destino do erotismo na modernidade, fundado na figura do *phallus* ao qual Freud denominou de homossexualismo “civilizatório”.

Freud (1937) em *Análise Terminável e Interminável* fala de um “repúdio da feminilidade”²⁶ por homens e mulheres que se apegariam às insígnias fálicas para se proteger do desamparo produzido por ela. A feminilidade seria o originário do sexual, situada no caos pulsional e para-além das fronteiras fálicas. Lembremo-nos do gozo de ser, “la jouissance de l’être”, o outro gozo, o gozo mítico.

Em vez de a mulher ser colocada como sendo um homem incompleto e imperfeito, a quem falta o calor capaz de torná-la homem, segundo Galeno, ou como alguém marcado pelo pecado da carne, como no Cristianismo fundado no mito da Eva, a feminilidade, para Birman, é o originário do sexual por excelência. Daí poderia advir o ser

²³ Ibid., p. 124-25.

²⁴ Ibid., p. 126.

²⁵ Ibid., p. 128.

²⁶ FREUD, Sigmund, *Análise Terminável e Interminável* (1937), Vol. XXIII, Op. cit., p. 268-70.

homem e o ser mulher, derivações oriundas deste fundamento feminino que marcaria para sempre a sexualidade.²⁷

Nesta perspectiva, Birman coloca que a histeria seria a impossibilidade de aceder ao ser da feminilidade, pela inibição sexual, pelas produções conversivas e pela virilização. “vale dizer, a histeria indica o fracasso da feminilização do desejo, pela sua colagem nas falácias enganosas de ter o falo.”²⁸”

Mas há uma possibilidade de que a histericização rompa com as contorções flagelantes da histeria. “A histeria se histericiza numa crise espetacular, num ataque majestoso, que possibilita a circulação pulsional e cauteriza o abscesso incontido na carne.”²⁹” Para que isso aconteça, segundo Birman, é preciso que alguém saiba ler o espetáculo, sem se imobilizar com o horror da feminilidade, e possa escutar, de modo acurado e viril, a paixão que força a ruptura do abscesso erótico num transe libertário; senão a histericização é engolida pela culpa, que lança o sujeito na obscenidade masoquista da carne indomável.

Consideramos que essa escuta acurada do que pode ser ou não a libertação do erótico, é exatamente a que se coloca na transferência da relação analítica. A questão da transferência é estar na fronteira entre o amor e o desejo, e o desejo, como vimos, é sempre o do Outro, desejo do desejo. O Outro é o lugar para o qual se transfere o saber do sujeito em sua procura da verdade, e é onde o analista é interrogado na qualidade de suposto saber: “o que é a transferência senão uma forma de amor sustentada na expectativa de que o outro possua a chave do enigma que nos faz sofrer? É no outro que o eu busca a descoberta de seu próprio ser.”³⁰

²⁷ BIRMAN, Joel. *Se eu te amo, cuide-se...*, Op. cit., p. 130-31.

²⁸ *Ibid.*, p. 131.

²⁹ *Ibid.*, p. 126.

³⁰ COSTA PEREIRA, Mário Eduardo, **Leituras da Psicanálise – estéticas da exclusão**, Campinas, SP, Mercado de Letras, 1998, p. 11-2.

CAPÍTULO 3.11: TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DO IMPOTENTE

Ninguém a outro ama, senão que ama.

O que de si há nele, ou é suposto.

Nada te pese que não te amem.

Sentem-te.

Quem és, e és estrangeiro.

Cura de ser quem és, amam-te ou nunca.

Firme contigo, sofrerás avaro.

De penas.

Ninguém a Outro Ama

Ricardo Reis – Fernando Pessoa

3.11.1. Um amor falado – o lugar do outro

Nesse momento, queremos situar o espaço de escuta analítica, cenário e palco do desvelamento da verdade do sujeito, no qual “a transferência é um fenômeno essencial, ligado ao desejo como fenômeno nodal do ser humano”. Sendo o desejo o que se coloca na dimensão transferencial analista-paciente, o amor sempre estará na berlinda.

Sem retomar a questão colocada por Freud (1905) desde *Fragmento da Análise de um caso de Histeria*¹, iremos tecer algumas considerações sobre a transferência, sistematizadas por Lacan ao longo de sua obra, para situarmos como a dimensão do desejo e do amor pode aparecer na clínica, principalmente na transferência erótica entre paciente-analista, cujo manejo é determinante para a condução ou interrupção do tratamento.

Veremos como a ‘inconveniente’ proposta de amor do paciente ao analista, não se limita apenas ao seu nível, à revelação de sua falta, mas envolve e se articula com o que se passa no analista, com o desejo do analista e como isso pode ser um espaço de desvelamento da verdade para o sujeito, enquanto acesso à sua fantasia (fantasma). Após a travessia da fantasia, o analista como ‘resto’, é eliminado enquanto ‘suposto saber’.

Lacan (1951), em sua primeira publicação dedicada explicitamente à transferência, *Intervenção sobre a Transferência*, diz que devemos compreender a experiência psicanalítica como o que se desenrola nessa relação de *sujeito a sujeito*, portanto numa relação ‘transferencial’ mediada pela linguagem. “Numa psicanálise, com efeito, o sujeito propriamente dito constitui-se por um discurso em que a simples presença do psicanalista introduz, antes de qualquer intervenção, a dimensão do diálogo.”²

A dimensão do diá-logo exatamente na acepção de *dialogos*, com o prefixo derivado do grego *dia-*, da preposição *dia* que significa *através de* e logo, também grego *logos*, palavra, estudo, tratado. A dimensão de que tratamos pois, é algo que se institui *através da palavra*. No seminário *A Transferência* Lacan (1960-1) diz que tudo o que sabemos sobre o inconsciente, a partir do sonho, indica-nos que existem fenômenos psíquicos que se produzem, se desenvolvem, se constroem para ser ouvidos, para que este

¹ Todo o assunto do mecanismo da terapia psicanalítica e, especificamente da transferência, foi examinado em Freud com maior amplitude nas *Conferências XXVII e XXVIII* : FREUD, Sigmund. *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise* (1916-7 [1915-17]). Op. cit.

² LACAN, Jacques. *Intervenção sobre a transferência* (1951). **Escritos**, Op. cit., p. 215.

Outro esteja ali, mesmo que não o saiba. “Mesmo que não se saiba que eles estão ali para serem ouvidos, eles estão ali para serem ouvidos, e para serem ouvidos por um Outro.³”

Para Freud, o sintoma é portador de uma verdade desconhecida para o sujeito, uma verdade que se expressa no sintoma neurótico e que pode ser acessada pelo discurso do paciente, deixando-o falar. Ao falar, nessa dimensão do diálogo, os sintomas podem encontrar outra forma de expressão, podendo ser escutados e reconhecidos em sua dimensão significativa, podendo se expressar na relação com o analista. “O sintoma passa do corpo para uma demanda dirigida ao analista.⁴”

O sintoma adquire assim um outro significado, transferencial. Foi deixando as histéricas falar que Freud apreendeu que ali se encontrava uma verdade dessas que sofria por expressar *através do corpo* sua linguagem dolorosa, seus sintomas. Quando passam a expressar *através da palavra*, o corpo deixa de gritar e a dor dirige-se para a relação *dialógica (dialogal)* com o analista.

Para Fédida (1988), num tratamento psicoterápico, sobretudo nos casos mais difíceis, é necessário que o delírio tenha seu lugar e é um risco o terapeuta não poder se referenciar em relação a essa co-atividade delirante que perpassa, na maioria das vezes, a imagem corporal de ambos. A dificuldade é que a transferência do paciente sobre o terapeuta e a do terapeuta sobre o paciente, traz a esperança de uma reconstrução pelo delírio.

A experiência com nossos pacientes considerados difíceis – pessoalmente não acredito que haja pacientes fáceis – mas, digamos, a experiência singular com pacientes reputados difíceis, nos ensina que nos mínimos detalhes somos extremamente sensíveis ao poder das palavras e dos gestos: nosso próprio corpo se torna uma cena importante sobre a qual se representam as fantasias mais violentas do inconsciente do paciente.⁵”

³ LACAN, Jacques. *A Transferência no presente* (1º de março de 1961) **O Seminário. Livro 8...**, Op. cit., p. 177.

⁴ SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro. *A Experiência de Sonhar – O Prazer de Existir* in FUKS, Lúcia Barbero FERRAZ, Flávio Carvalho (orgs). **A Clínica Conta Histórias**, Op. cit., p. 36.

⁵ FÉDIDA, Pierre. **A Clínica...**, Op. cit., p. 31.

Fédida (1988) faz uma crítica ao artigo de Freud (1915) *Observações sobre o Amor de Transferência*, e confessa, ironicamente, sua impressão de que neste texto, Freud explica como o analista deve proceder para evitar que o peçam em casamento. A crítica se refere ao fato de Freud nada falar do que poderia ser vivenciado pelo terapeuta, em sua transferência ao paciente. Fédida (1988) fala da importância do analista, em sua própria análise⁶, encontrar esclarecimento para a associação entre o paciente, esse aí e talvez um outro, ou entre esse paciente e pessoas de sua vida pessoal.

Freud não aborda o problema do processo da co-elaboração em que analista e paciente caminham juntos a fim de esclarecerem o ‘mal-entendido’ do encontro. Para Fedida (1988) há três termos a serem considerados na relação analista-paciente: “a transferência do paciente sobre o analista, a transferência do analista sobre o paciente e a possibilidade disjuntiva – que define a posição do analista – de poder apreciar esse funcionamento inter-transferencial.”⁷ A possibilidade disjuntiva é a que coloca justamente a posição do analista, qual seja, na dissimetria. Graças à posição dissimétrica, que é a da imagem virtual do espelho e não da fascinação recíproca, o trabalho psíquico pode-se operar. Como pensarmos isto na prática clínica?

3.11.2. Davi e seu amor alucinado

Ao lermos o poema de Davi, dirigido à figura da terapeuta e confeccionado durante um período de “*drugs holidays*”, apreendemos o sentido do que enunciamos acima, quanto à co-atividade delirante e da importância da dissimetria.

Davi é um paciente “borderline” com queixa de disfunção erétil e que, em supressão medicamentosa de psicotrópicos, produz muitos textos escritos, sendo que, leva alguns para as sessões. Apresentaremos aqui um dos poemas que nos auxiliarão nessa travessia transferencial analista-paciente.

⁶ “Não basta recomendar a re-análise regular do analista, convém que o analista identifique e conheça seus próprios funcionamentos psicopatológicos no contato cotidiano da experiência com seus pacientes, de maneira tal que perceba de que modos estes procuram inevitavelmente a aliança de uma co-regressão onde o analista é, de certa forma, desafiado a permanecer analista” *Ibid.*, p. 101.

⁷ *Ibid.*, p. 61

DESTINO...? LOUCURA...? PAIXÃO...?

*Vou seguindo meu destino, destilando meu veneno.
Em minha mente há um conflito entre pensamentos.
Hora lúcidos, hora translúcidos e deprimentes.*

*De repente uma pausa... tranqüila... serena...
Você me aparece, e num sorriso me estende a mão
E juntos caminhamos para outra dimensão.
Lá tudo é belo e verdadeiro, eu e você, a sós.*

*Eu, sou seu convidado e você minha anfitriã.
Você não diz nada, apenas me ouve.
Fico te olhando meio sem jeito...
Minhas mãos ficam trêmulas... meu coração bate forte...
Sinto vontade de beijá-la.*

*De repente... você perde o sorriso e vai desaparecendo devagar.
Aperto suas mãos, desesperado e nada...
Meu coração dispara, meus olhos se enchem de água.
Cadê você... cadê? Onde você está?
Que loucura... meu Deus...*

Voltei à realidade.

A terapeuta aparece aqui como a anfitriã dessa outra dimensão alucinada, tranqüila e serena, onde tudo é belo e verdadeiro; fora disso há um conflito de pensamentos, lúcidos, translúcidos e deprimentes. Mas há algo de verdadeiro que Davi nos traz: ele fica sem jeito diante da (O)outra, e na falta de jeito o corpo se anuncia, suas mãos ficam trêmulas e seu coração bate forte. Na excitação corporal, o desejo se faz presença e demanda contato, aproximação, ele sente vontade de beijá-la. É quando então tudo se desfaz e a realidade se faz presença na desapareção da imagem.

Davi delata a realidade de seu corpo desejante, mas há algo mais que ele retrata nesse poema-delírio de sua relação com a terapeuta-outra: ela é aquela que não fala, apenas o ouve. Não há circulação do afeto, não há troca, não há palavra: “o problema do afeto entra em jogo através da *palavra*. O restabelecimento da troca do afeto se dá através da palavra e engaja a verdade da linguagem, pois linguagem significa não mentir.⁸” A outra do delírio de Davi, a terapeuta, é uma aparição e a tentativa de presentificá-la, na atuação de seu desejo a faz desaparecer, para seu desespero. A dissemetria alucinatória de desejo com a outra lhe traz de volta à realidade.

Para Lacan (1953) “o que busco na fala é a resposta do outro. O que me constitui como sujeito é minha pergunta. Para me fazer reconhecer pelo outro, só profiro aquilo que foi com vistas ao que será. (...)”⁹ O que quer que reconheçamos como ‘do sujeito’, constituir-se-á nesse espaço linguageiro do ‘inter’, sempre e irremediavelmente mergulhado no que denominamos de ‘transferência’. A transferência, nas primeiras formulações para Lacan (1957), é a “mola operante do laço intersubjetivo entre analisando e analista.¹⁰”

A fala, com efeito, é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histérica, identificar-se com o objeto do Penis-neid, representar a torrente de urina da ambição uretral, ou o excremento retido do gozo avarento.¹¹

Lacan prossegue afirmando que as palavras podem sofrer lesões simbólicas, realizar atos imaginários e tornar-se objeto de uma erotização¹² que segue os deslocamentos da erotogenia na imagem corporal, momentaneamente determinados pela relação analítica. Vimos nos poemas de Davi como esses deslocamentos da erotogenia podem ser expressos.

⁸ Ibid., p. 51.

⁹ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (26 e 27 de setembro de 1953). **Escritos.**, Op. cit., p. 301.

¹⁰ LACAN, Jacques. *A instância da letra no inconsciente* (14-26 de maio de 1957). **Escritos.**, Op. cit., p. 526

¹¹ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (26 e 27 de setembro de 1953). **Escritos.**, Op. cit., p. 302.

¹² Lacan refere-se a um artigo de Robert Fliess inspirado nas observação de Abraham: “Silence and verbalization. A supplement to the theory of the ‘analytic rule’” . Ibid., p. 302-3.

A responsabilidade do analista toda vez que intervém pela fala, como nos momentos de interpretação, não é apenas dela ser aceita pelo sujeito como aprovação ou rejeição de seu discurso, mas de reconhecê-lo ou aboli-lo como sujeito. Quando chamo a quem falo, nomeando-o, intimo a função subjetiva do outro para me responder.

O sujeito recebe a intervenção falada não apenas em função de sua estrutura, mas do que assume nesta uma função estruturante. Daí o risco das intervenções prescritivas das psicoterapias não-analíticas, como as técnicas sexuais de que tratamos no início. Essas intervenções, para Lacan (1953) podem adquirir via sugestão, um caráter de sanção “que dá ao desconhecimento, pelo sujeito, de sua própria realidade.¹³” A preocupação com a sugestão e, principalmente com as modificações como reflexos de sugestão era uma constante em Freud e foi apontada no *Esboço* (1940 [1938]).

Lacan (1958) aprofunda essa questão da sugestão na transferência em *A Direção do Tratamento*, situando-a a partir de uma demanda de amor e aí, justamente, reside o equívoco. Pois o desejo transparece na demanda, mas nem por isso deixa de estar para-além e também para-aquém do que transparece.

No seminário *A Transferência* assim Lacan (1961) se refere sobre a demanda:

Sabemos precisamente disto: que a demanda não é explícita. Ela é, mesmo, muito mais que implícita, ela é oculta para o sujeito, ela é como algo que deve ser interpretado. E é aí que reside a ambigüidade.¹⁴

A demanda que se mostra, da qual a fala do sujeito é uma mensagem, produz-se no lugar do Outro porque é desse lugar do Outro, ou seja, de sua época, que ela data.

Em outras palavras, a transferência não é nada de real no sujeito senão o aparecimento, num momento de estagnação da dialética analítica, dos modos permanentes pelos quais ele constitui seus objetos.¹⁵

¹³ LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (26 e 27 de setembro de 1953). **Escritos.**, Op. cit., p. 302.

¹⁴ LACAN, Jacques. *Demanda e desejo nas fases oral e anal.* (15 de março de 1961). **O Seminário. Livro 8**, Op. cit., p. 198.

¹⁵ LACAN, Jacques. *Intervenção sobre a transferência* (1951). **Escritos.** Op. cit., p. 224.

Lembre-mo-nos que a demanda é rememoração (ligada às imagens paternas), portanto nos referimos a uma regressão temporal, já pontuada em Freud, dos significantes orais, anais, etc.

Mas, para Lacan, a demanda não se esgota aí, embora as necessidades do sujeito devam passar pelos desfiladeiros da demanda.

O que o sujeito fala não declara o que ele próprio é ou não, não todo. “Nesse ponto original, daí resulta que tudo aquilo que é, no sujeito que fala, tendência natural, tem que se situar num mais - além e num aquém da demanda¹⁶”. Apenas de uma fala que suspenda a marca que o sujeito recebe de seu dito, devolvê-lo-ia a seu desejo:

“Mas o desejo nada é senão a impossibilidade dessa fala, que, por responder à primeira, não consegue fazer outra coisa senão repudiar sua marca, consumando a fenda (“Spaltung”) que o sujeito sofre por só ser sujeito na medida em que fala.”¹⁷

Daí que reduzir a demanda a seu lugar, que era a proposta freudiana, pode efetuar no desejo uma aparência de redução, através da atenuação da necessidade. Portanto, toda resposta à demanda não deixa de ser uma sugestão reducionista.

Quer se pretenda frustradora ou gratificante, toda resposta à demanda na análise conduz a transferência à sugestão.

Há entre transferência e sugestão – essa é a descoberta de Freud – uma relação: é que a transferência também é uma sugestão, porém uma sugestão que só se exerce a partir de uma demanda de amor, que não é demanda de nenhuma necessidade. O fato dessa demanda só se constituir como tal na medida em que o sujeito é sujeito do significante, eis o que permite utilizá-la mal, reduzindo-a às necessidades das quais esses significantes são tomados de empréstimo, coisa que os psicanalistas, como vemos, não deixam de fazer.¹⁸

¹⁶ Ibid., p. 199.

¹⁷ LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (10-13 de julho de 1958). *Escritos.*, Op. cit, p. 640.

¹⁸ Ibid., p. 641

Para Lacan, as demandas que se articulam na análise não passam de transferências destinadas a manter instaurado um desejo instável ou duvidoso em sua problemática. A transferência em si, já é análise da sugestão, na medida em que coloca o sujeito, com respeito à sua demanda, numa posição que ele deriva unicamente de seu desejo.

Lacan altera alguma coisa, como ele mesmo diz, nas opiniões admitidas sobre a transferência e ao deslocar o sentido de resistência como algo positivo e não negativo no curso da análise: “A resistência do sujeito, quando se opõe à sugestão, é apenas desejo de manter seu desejo. Como tal, conviria incluí-la na categoria de transferência positiva, já que é o desejo que mantém a direção da análise, fora dos efeitos da demanda.¹⁹”

Lacan (1958) então nos questiona: para onde vai, portanto, a direção do tratamento? E ele começa por interrogar seus meios que longamente reproduzimos a seguir:

- 1- Que a fala tem aqui todos os poderes, os poderes especiais do tratamento;*
- 2- Que estamos muito longe, pela regra, de dirigir o sujeito para a fala plena ou para o discurso coerente, mas que o deixamos livre para se experimentar nisso;*
- 3- Que essa liberdade é o que ele tem mais dificuldade de tolerar;*
- 4- Que a demanda é propriamente aquilo que se coloca entre parênteses na análise, estando excluída a hipótese de que o analista satisfaça a qualquer uma;*
- 5- Que, não sendo colocado nenhum obstáculo à declaração do desejo, é para lá que o sujeito é dirigido e até canalizado;*
- 6- Que a resistência a essa declaração, em última instância, não pode ater-se aqui a nada além da incompatibilidade do desejo com a fala.²⁰*

¹⁹ Ibid., p. 642.

²⁰ Ibid., p. 647.

O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito ‘faltante’ quer receber seu complemento do Outro e este, lugar da fala, é também o lugar dessa falta. “O que é assim dado ao Outro preencher, e que é propriamente o que ele não tem, pois também nele falta, é aquilo a que se chama amor, mas são também o ódio e a ignorância.”²¹

Aqui devemos citar o que Lacan (1960-1), no seminário *A Transferência*, vai buscar na fala de Sócrates para Agatão, em *O Banquete* de Platão, que é a obra sobre a qual ele desenvolve toda a questão da metáfora do amor, em que Sócrates encarna o lugar do analista:

*É-nos demonstrado que o adversário não poderia recusar a conclusão, a saber que neste caso, como em qualquer outro, onde o objeto do desejo, para aquele que experimenta esse desejo, é algo que não está à sua disposição, e que não está presente, em suma, alguma coisa que ele não possui, algo que não é ele mesmo, algo de que está desprovido, é desse tipo de objeto que ele tem desejo, tanto quanto amor.*²²

Portanto, a falta, inerente ao desejo, é o que marca o desejante. A questão da falta formulada ao Outro é quanto ao que ele pode dar, o que tem a responder e é a isso que se liga o amor. Mas o amor se situa no mais-além dessa demanda, como já vimos, na medida em que o Outro possa ou não responder com sua presença. O outro ao qual se aspira no amor não é, portanto, sujeito, mas alguma coisa que ele representa ao desejante e que encarna uma resposta à sua falta. Para Lacan o que Platão fez foi indicar o lugar da transferência. O que põe, na berlinda, o desejo do analista: “é somente a partir do lugar do desejo do analista que se pode interrogar a transferência, pois é somente desse desejo que virá ou não um sentido verídico para a transferência do sujeito.”²³

Nos seminários de *L’Identification* que seguem *A Transferência*, Lacan (1961) renuncia à sua concepção do Outro como sujeito, e o coloca como um lugar para o qual é transferido o saber do sujeito, modificando a idéia de que a transferência seria da ordem da intersubjetividade.

²¹ Ibid., p. 633.

²² LACAN, Jacques. *De épistèmè a muthos*. (18 de Janeiro de 1961). **O Seminário. Livro 8**. Op. cit., p. 119.

²³ KAUFMANN, Pierre. Op. cit., p. 550.

Lacan (1964), em *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, associa a transferência ao sujeito suposto saber e, a cada vez que esta função for encarnada, em quem quer que seja, a transferência está fundada:

*É claro que essa relação se instaura num plano que não é de modo algum recíproco, de modo algum simétrico. (...) – nessa relação de um a outro, institui-se uma procura da verdade em que um é suposto saber, ou pelo menos saber mais que o outro.*²⁴

A transferência, a partir desta formulação em Lacan, passa a ser impensável, a não ser tomando-se partida do sujeito suposto saber. O que se supõe que ele saiba, e aqui nos referimos ao analista, é algo da dimensão do desejo, “pura e simplesmente, a significação”²⁵. Portanto, o sujeito é suposto saber somente por ser sujeito do desejo.

Apontamos assim a relação regressiva do desejo com o Outro, com o desejo do Outro, falamos da forma que ele se expressa como necessidade, via significantes, e da impossibilidade do sujeito se constituir como desejante senão pela fala. Mas aqui, precisamente, queremos fazer uma pausa para que o exposto tome corpo numa experiência clínica. Veremos como o desejo de Carlos se insinua na transferência, através da demanda de amor, para depois situarmos de qual desejo nos referimos.

Para Lacan (1960-1) “o problema do amor nos interessa na medida em que vai nos permitir compreender o que se passa na transferência – e, até certo ponto, por causa da transferência.”²⁶

3.11.3. Amor sem sexo: Carlos e (a)parição da dor com a terapeuta

Carlos tem 45 anos e procura ajuda terapêutica para compulsão sexual. Não é nosso intuito avaliar o seu sintoma, talvez pelo que dele poderíamos buscar na negativa do que pesquisamos, já que, em Carlos, é o excesso de sua potência sexual que faz o seu adoecer, como enredo, ou como resposta, de uma complicada história de vida, marcada por dificuldades afetivas. Mas a análise de Carlos é longa, como foi longo o processo pelo qual certas vivências foram tomando lugar em sua história de vida. Assim, optamos aqui por

²⁴ LACAN, Jacques. *Análise e verdade ou o fechamento do inconsciente* (22 de abril de 1964). **Seminário: Livro 11**. Op. cit., p. 131.

²⁵ *Ibid.*, *Da interpretação à transferência*. (17 de junho de 1964). p. 239.

²⁶ LACAN, Jacques. *A metáfora do amor* (30 de novembro de 1960). **Seminário: Livro 8**. Op. cit., p. 43.

fazer um recorte dos aspectos relacionados à questão transferencial, ou melhor, ao amor (re)despertado na relação paciente-analista.

Carlos tem desde muito novo a sensação, que depois se confirmará, quando adolescente, de que não é filho do seu amado e compreensivo pai e de que sua mãe o teria concebido com um amante e seu pai teria aceitado recebê-los, mãe e filho, mesmo assim.

Ele é o “filho da puta”, da mulher que goza com outros e não lhe dá garantias de seu amor e de sua exclusividade. Não é uma mãe para se amar. O pai e seu amor incondicional pela mãe fica-lhe como enigma: como pôde aceitar a adúltera e o filho bastardo? Teria ele uma falha, impotente em reagir? Por que nunca lhe disse?

A compulsão parece ser a melhor resposta que Carlos conseguiu encontrar até então para as questões que interpelavam suas emoções como um todo. Do pai que carrega seu sangue, como ele mesmo diz, só sabe de suas aventuras amorosas, uma delas, sua própria mãe. Herança que lhe marca como um vício, possuir as mulheres sem as assumir.

Para não sentir ou para sentir nada, Carlos tinha que ter sexo, como uma droga que, temporariamente, até a ejaculação, o aliviava. Após a ejaculação, com ou sem prazer, o corpo feminino em sua frente deveria desaparecer, como achava que ele mesmo deveria deixar de existir.

O que o impedia de ser mais exato em dispensar suas eventuais parceiras era saber que, mais cedo ou mais tarde, novamente precisaria delas para se aliviar, para não se angustiar, para não sentir. Desenvolveu com isso técnicas de desvencilhamento das parceiras pós-sexo, que lhe garantiam que elas não se sentiriam chateadas por ele se dispensar e assim poder dispensá-las tão prontamente. E assim que dispensa uma mulher já se coloca a imaginar qual será a próxima, qual lhe acenará positivamente para mais um intercurso sexual.

Carlos ‘escolhe’ sua terapeuta através de uma entrevista que assiste na televisão e algo que ouve, alguma coisa que escuta dessa fala dessa (que deveria ser) outra, mais uma, leva-o a marcar uma consulta. Inicia-se um longo processo até que Carlos começa a angustiar-se muito: sua mulher vai ter um bebê e ele fica sabendo que será um menino. Até

então, a gravidez não lhe dizia respeito a não ser agora por esse detalhe anatômico desvendado nesse bebê que ele gerou: é um menino como ele mesmo o foi e ele será um pai, como os seus dois pais o foram (um amado e um odiado).

O sexo usual deixa de aliviá-lo e ele não pode mais sentir nada ou deixar de sentir. Ele chora em todas as sessões, desesperado, diz que terá que deixar a terapia, dispensar essa nova parceira porque está *apaixonado* pela terapeuta. Assim ele escreve, após faltar a duas sessões seguidas quando diz ter tentado, em sua ausência, o desvencilhamento dessa outra, a terapeuta:

Porque a amo não posso possuí-la, embora saiba que uma parte de mim deseja muito isso e fico às vezes imaginando... mas como a amo e não sei possuir almas, não é só o sexo que quero de você... e nem sei o que você quer; e eu somente sei ter corpos que não valorizo mais depois de tê-los, pois serão descartados. Não poderia descartá-la depois, senão morreria, então tenho medo.

Não posso possuí-la como quero, porque não sei como fazer isso, só sinto que estou sofrendo muito por querer o que não quero, se pudesse deixar de querer, mas sei que nada pode ser feito ou não sei o que pode ser feito. Estou sem saída...

Carlos começa a ter muito medo e se desespera ao pensar que seu filho está por nascer, assim como uma parte dele mesmo começa a ter contrações dolorosas, em sua alma, após ter se permitido “fazer amor sem sexo” com a terapeuta. Essa o(O)utra que ele não sabe o que quer, deseja sem desejar, quer sem querer.

Ele engravida d(n)essa relação da qual nada sabe e da qual não pode se descartar e está apavorado pelo que pode gerar, com as fantasias de amor e destruição que engendra, com o deus-monstro que pode habitá-lo e que está para nascer.

A ambivalência toma conta do cenário terapêutico e Carlos começa a achar que a terapeuta poderia ajudá-lo se o desejasse, se lhe cedesse, e se ele conseguisse convencê-la que seu amor é verdadeiro. Ao mesmo tempo diz que morreria se isso se tornasse realidade, pois daí perderia toda a esperança de que conseguiria sair do círculo vicioso de sua compulsão. Ou seja, o amor de Carlos se não for verdadeiro, traz uma verdade: não pode se realizar por intermédio do desejo. Ele diz ‘não’ ao desejo por admitir que quer algo mais mas disso, ele nada sabe.

Esse é o cenário de sua entrada em análise, no momento em que a notícia do sexo de seu filho o remete ao seu próprio nascimento como homem-menino, incapaz de acolher esse bebê e amá-lo. Ele é esse bebê-homem em suas relações parciais com as mulheres sem alma, das quais só possui uma parte de seus corpos com uma parte de seu corpo, a que marca a diferença dos sexos, seu pênis, e que lhe garante a distância emocional desses corpos desalmados que por ele são mal-amados (como ele mesmo o foi por sua mãe, a ‘puta sem culpa’, como se refere) após serem possuídos.

Ele passa ao ato, ele cai, “*tomber d’amour*”, apaixonado, no sofrimento, “*passion*”, do sentir. E a ‘escolha’ da terapeuta pela televisão tinha um outro intuito, o de fazer a ‘próxima vítima’; mas ele é tomado pela surpresa desesperante dele mesmo se sentir a vítima, aprisionado no enigma das coisas que ele não sabia de si.

Ele diz que foi a ‘televisão’, essa visão outra de si mesmo e que desconhecia, algo em si que deveria estar desesperado por libertá-lo do vício que o destruía (Carlos estava tendo sérios prejuízos profissionais por não conseguir mais se controlar), que o levou a buscar ajuda terapêutica. Tinha algo em si que queria libertá-lo, mas nesse momento ele também se percebe como tendo sido vítima de suas escolhas inconscientes mais perversas, tendo que responder a elas, querendo o que não queria, para evitar o desabamento subjetivo.

Esses dois lados que identifica em si, para Carlos, equivaleria aos seus dois pais introjetados: um que o ama e o aceita apesar de sabê-lo bastardo, o pai amado, fiel e impotente (essa é a fantasia dele não ter podido engendrâ-lo) e o outro, pai potente, mas que não o assume, envenenando suas veias com esse vício herdado, ausente, impedindo-o de amar e ser amado por ele.

Winter (2001) se refere a uma insuficiência de amor materno que permanece como insatisfação no drama da relação pai-filho, sempre insuficiente para remediar a ferida narcísica dos mal-amados:

Essa falta de amor materno, que está no princípio de uma insatisfação de estrutura, incita a criança para o amor paterno. Ela se faz então o sustentáculo do desejo do pai. O pai ali está como figura própria para desatar os fios da maldição materna, mas imprópria para satisfazer o que, em razão de sua estrutura, deverá permanecer insatisfeito.²⁷

O que o leva à terapia é seu lado-pai salvador, amado e impotente e assim ele se coloca na relação transferencial, regredido sem seu sexo, histericamente alienado de seu desejo²⁸, o que o convoca emocionalmente a amar (demandar amor). Impotente e amoroso, sua fantasia é a de que poderá então ser traído, este é o enredo familiar que não pode esquecer, ou melhor, deixar de lembrar. Resta-lhe o desvencilhamento, afastar-se, sair da terapia, se não fosse o amor...

Carlos fazia sexo e de forma compulsiva, porque sua demanda de amor era além do que ele poderia controlar como necessidade, era também compulsiva. O sexo com as mulheres era o que selava o seu não-desfacelamento, sua fragmentação que o angustiava cada vez que se via diante de alguma questão que o interpelava subjetivamente enquanto homem. Ele tinha de fazer sexo toda vez que tinha que resolver alguma coisa, tomar uma posição, colocar-se como sujeito, homem em ação ou quando estava desesperado. Possuir muitas mulheres, uma após a outra, este era o seu enredo cotidiano.

E ele ficava emocionalmente afastado delas, desvalorizando-as, usando-as para não desejar se fundir a elas, perder-se, identificar-se, feminilizar-se. O que se mostra como seu lado perverso, de desprezar as mulheres como sujeitos fazendo-as meros objetos a serviço de seu prazer, no decurso da análise mostra-se como uma máscara de virilidade para sua incapacidade de dizer ‘não’ ao desejo feminino. Uma máscara que o protegia da angústia. Podemos recordar do mito da encarnação viril, Dom Juan. Diante de uma mulher, ele só conhece uma resposta, a dos escravos, como se refere Delteil (1930): sim! sim ! sim!

²⁷ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 44.

²⁸ “(...) e todos sabem que situar a pergunta no nível do desejo, para a mulher, é interrogar a histérica. (...) Ele é histérica, mas isto não especifica forçosamente um sexo. Desde o momento em que fazem a pergunta – O que quer Fulano?, vocês entram na função do desejo e fazem o significante-mestre cair.” LACAN, Jacques. **O Seminário: Livro 17**, Op. cit., p. 122.

Winter (2001) se refere a Dom Juan como um escravo do desejo, que se faz objeto de todas as mulheres que o desejarem sem ter o direito de falhar em possuí-las, ‘o prostituto das mulheres’:

E, em consequência, a questão enigmática colocada por Dom Juan e que começamos a inverter ao observarmos que cada ‘mais-uma’ era na verdade uma ‘menos-uma’, podemos enunciá-la assim: existe no mundo uma única mulher a quem Dom Juan poderia dizer não? Não, como se acredita com demasiada frequência, uma mulher que lhe dissesse não, como ele pretende, mas uma mulher a quem ele, Dom Juan, poderia enfim dizer não. Como pode ele continuar a crer que seduz mulheres de quem ele pensa, por outro lado, que são a própria sedução? Ele só sabe dizer sim.”²⁹

O escravizamento ao desejo do outro e conseqüente alienação do que seria o seu próprio desejo, ou seja, não saber de si mesmo ou disso que é de si saber nada, é o que começa a angustiar Carlos. Subjugado ao desejo, sente-se desvalorizado.

Isso tudo desaba na relação transferencial quando ele se vê diante daquela que lhe diz ‘não’ e, principalmente daquela que ele não quer dizer ‘sim’. E é nesse tempo-espaço, inicialmente tele-visivo, que se desenrola a difícil análise de Carlos. E como reagiu a terapeuta ao desabamento?

Para responder a isso recorreremos a Mannoni (1991), em seu texto sobre o amor de transferência, em que considera que Freud não cometeu nenhum erro teórico ao afirmar que o amor de transferência é o amor. Só que inoportuno. Se existe problema, ele diz respeito à técnica e o melhor é fazer o amor de transferência servir à análise.

Freud tem razão ao dizer que o problema é essencialmente técnico. O amor de transferência é, além do mais, um sintoma como qualquer outro, e será preciso admitir, então, que os sintomas são mais ou menos ‘normais’. Não recusamos um sintoma, não o combatemos, não nos indignamos com ele, nós o consideramos de um ponto de vista analítico. Qualquer outra atitude tem muitas chances de agravá-lo.³⁰

²⁹ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 30.

³⁰ MANNONI, Octave. **Isso Não Impede de Existir**. Campinas, SP, Papirus, 1991, p. 91.

Aí entra a atitude da terapeuta. E a partir daqui, nosso relato passa a ser em primeira pessoa, esta que estava colocada ali, profissionalmente, em uma relação de amor... será possível que isto se constitua senão na metáfora da prostituta?

Lembro-me de Carlos, que, no momento de sua dor, no momento da declaração verdadeira, talvez eu possa assim dizer, o amor de que se tratava não uma necessidade sexual. Claro, ela estava ali presente, aliás, desde o início, mas não fazia Carlos sofrer, pois isso ele conhecia muito bem, era seu modo de agir, *modus operandi*. O amor-dor, aquele que ele nada sabia, a paixão de Carlos, era impotente. Não era seu sexo que clamava por reação, mas seu ser, regredido, que se abria ao desejo de ser acolhido. A carga erótica de sua compulsividade era apenas a outra face de sua demanda.

Apesar da urgência, da compulsividade e dos afetos carregados de angústia, que tão freqüentemente acompanham estes cenários incomuns, aí existe um objetivo de autocura face aos ameaçadores conflitos neuróticos ou psicóticos, o que nos leva à conclusão de que a erotização é um caminho poderoso para superar o trauma psíquico do início da vida, permitindo que Eros triunfe sobre Thanatos.³¹

Não pude dizer a Carlos quase nada, como falar de uma dor insuportável inatural, quando está sendo sentida atualmente?

O silêncio do analista sobre esse ponto faz surgir a dimensão da falta: a do objeto faltoso do desejo, a saber, aquilo que falta ao sujeito e com o que ele ama o outro, aquilo que ele está prestes a dar ao Outro, mas também a dimensão da falta do Outro, que o sujeito procura preencher pelo objeto do seu desejo, por sua demanda.³²

Pude apenas acolhê-lo e responder-lhe que acreditava na veracidade de seus sentimentos, de seu amor e de sua dor. Apenas continuei carregando a sua dor... algumas vezes, isso não foi uma tarefa fácil, pois eu também não tinha garantias até onde ele suportaria chegar e então só lhe garantia que eu estaria ali, de que a próxima sessão seria próxima. Mas, às vezes, eu o frustrava, traindo-o, pois meus outros afazeres profissionais me afastavam do consultório; por exemplo, quando eu viajava para cursos ou congressos e as sessões ficavam mais espaçadas, angustiando-o muito. Ele sempre me pedia para colocar *outra* terapeuta em meu lugar, caso precisasse de auxílio. Uma pela outra, esta era a

³¹ McDOUGALL, Joyce. *Teoria sexual e psicanálise* in CECCARELLI, Paulo Roberto (Org.) **Diferenças Sexuais**, Op. cit, p. 21.

³² KAUFMANN, Pierre. Op. cit., p. 553.

fórmula que ele tentava reproduzir também comigo ao me desinvestir de singularidade, do lugar de suposto saber. Assim como Winter (2001) se refere a Dom Juan:

*Todas as mulheres: as morenas, as louras, as gordinhas, as magras, as ricas, as pobres, as belas, as feias, etc. Se todas estas mulheres nada têm em comum exceto serem mulheres, é que talvez tenham um outro objeto em comum, aquele buscado por Dom Juan, sem perceberem que este objeto é o próprio Dom Juan.*³³

Quando eu me ausentava por mais de uma semana eu tinha outra profissional de ‘plantão’ para atendê-lo, caso fosse necessário. Ao aceitar sua proposta para que outra ocupasse o ‘meu lugar’, ele se sentia desprezado por mim, pois isto o desinvestia enquanto objeto de ‘meu’ desejo, eu o cedia a outra e, assim, Carlos nunca solicitou a ‘plantonista’, mas geralmente após essas ausências mais longas, ele retornava com o comportamento sexual compulsivo com as *outras* de fora. Ele me traía como podia, como sabia fazer; para suportar minha ausência retornava a antigas fórmulas de alívio.

A questão que Mannoni coloca é até onde a análise deve chegar, pois se o amor é real, como analisá-lo? A fórmula de Freud, retomada por ele, consiste simplesmente em manter o imaginário fora da realidade e, se o analista estiver convencido do caráter imaginário daquilo que se passa, como num teatro, “se nunca colocar à frente sua realidade de analista, jamais se defrontará com um amor de transferência.”³⁴

Mas foi essa defrontação em que me vi colocada pelo amor de Carlos. Será que de meu lado ‘vacilei’, permitindo que o imaginário entrasse em nossa realidade analítica? A questão da transferência erótica, levantada inicialmente pela sua escolha televisiva por mim não fez sua aparição siderada, pois, para mim, algo do sintoma apontava para mais essa tentativa de resolução: seduzir-me.

O que se colocou como surpreendente para mim não foi o fato de Carlos desejar-me sexualmente e expressar isto em palavras no início do tratamento. A declaração de seu desejo era um espaço que eu, deliberadamente, lhe concedi. Ele já sabia qual seria minha resposta, depois mesmo revelou que não acreditava que eu fosse ceder sexualmente e sua escolha por mim estava, de alguma forma, associada a essa minha negação, que ele intuiu de algo que eu disse na televisão, e o qual nunca consegui se lembrar.

³³ WINTER, Jean-Pierre. Op. cit., p. 31.

³⁴ MANNONI, Octave. Op. cit., p. 93.

Entretanto, a surpresa foi sua queda, “falling in love”, num momento tão marcante dos acontecimentos de sua vida, quando se identifica com esse menino, seu filho, que irá nascer.

Podemos, claro, pensar que nesse momento Carlos resiste ao tratamento, pois terá de alguma forma que entrar em contato com esses sentimentos despertados pelo nascimento próximo do filho: ele mesmo, Carlos-bebê. Para fugir dessa angústia primitiva, não ter que encarar seus significados na análise, Carlos se apaixona por mim e tenta abandonar o tratamento. Isto parece realmente se encaixar em alguma parte do que aconteceu no processo, mas não dá conta do todo, mesmo porque na paixão, “passion”, o sofrimento também é superlativo, ele também se angustia por gostar finalmente de mim e admitir isso.

A questão é que, aí, nessa “passion” algo de seu desejo começa a poder se formular, nesse amor de transferência há uma maior aproximação do que seria a verdade de sua angústia. A resistência “é apenas desejo de manter o seu desejo³⁵” como Lacan altera alguma coisa na tese de Freud.

Carlos, de alguma forma, foi mais amável do que odioso comigo, parecia ter medo de perder o que eu nunca lhe disse que sentia por ele. E o que eu sentia por Carlos, ao permitir-lhe amar-me com tanta paixão?

Carlos me despertava o desejo de pegá-lo no colo, por vezes me via diante de um menino que clamava por minha atenção e por meu amor. Há uma sessão específica em que Carlos chega muito regredido, desesperado, porque estava com medo de não conseguir mais transar compulsivamente e temia com isso se angustiar muito.

Senti-me, durante toda a sessão, como se tivesse enormes seios, como quando estive em amamentação, e não pude identificar em mim o que isso poderia se relacionar com a angústia de Carlos. Queria eu amamentá-lo e/ou seduzi-lo?

³⁵ LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (10-13 de julho de 1958). **Escritos**, Op. cit., p. 642.

Na sessão seguinte, Carlos chega mais calmo e fala de sua mãe que se negara a amamentá-lo, o que nunca pôde perdoar-lhe. Isso me auxiliou a (res)situar a maternagem como uma questão transferencial minha, meu desejo, e de ver como isso se colocava entre nós numa co-elaboração, visando a dissimetria, à qual Fédida se refere.

Havia muita sedução em suas atitudes, uma sedução infantil que misturava meiguice e curiosidade, quando ele tentava adivinhar o meu desejo para corresponder-me, dizer a palavra que achava que eu iria gostar e isso me ficava mais claro toda vez que Carlos se colocava a me contar alguma história de sua vida.

Ele arregalava então os olhos e cheio de entusiasmo falava, anulando todo o resto do ambiente, havia encantamento nessa fala como se Carlos quisesse fechar a célula entre nós. Ele parecia querer que eu estivesse nele, com ele, e estar certo de que minha compreensão do que dizia seria total, por isso tentava me explicar todos os detalhes dos acontecimentos, remetendo-nos a esse mundo imaginário regredido.

Tivemos sessões de ataques, de raiva, mas geralmente ele estava demandando amor sem ter que me destruir todo o tempo. Por vezes, a negativa levava a melhor o que tornava o nosso trabalho árduo, mas eram momentos que me permitiam falar, inclusive de seu amor por mim e de como ele havia surgido no nosso tempo-análise: ele estava com medo, seu filho nasceria e ele não podia mais se distanciar do que isso lhe afetava emocionalmente.

Pierre Fédida (1988) se refere a esse enamoramento como uma somatização peculiar, um medo de esfacelamento, um medo de fragmentação, que leva a totalizar o amor na pessoa do terapeuta. O paciente ama na transferência para se proteger contra ameaças fortes e intensas. A importância desse afeto é permitir “compreender o momento em que o paciente se aproxima das angústias que o ameaçam no interior, vividas como angústias de espedaçamento e são ligadas à fragmentação da palavra, da palavra amor.³⁶”

Se o terapeuta respondesse sexualmente a esta expressão amorosa, não poderia ajudar o paciente a alcançar a totalidade vivida no sentimento amoroso, propiciaria a vivência de uma fragmentação da qual o paciente só poderia se salvar pelo delírio, uma outra forma de reconstrução totalizante. Lembremo-nos do poema de Davi...

³⁶ FÉDIDA, Pierre. *A Clínica ...*, Op. cit., p. 48.

O problema assim colocado, é preciso perceber o que Freud não percebeu aqui, isto é, enamorar-se do terapeuta não é simplesmente o momento em que o paciente vai falar de algumas coisas que ainda não falou, ou, por outra, enamorar-se não é simplesmente resistência. É procurar uma situação de dominação porque na evolução pessoal, o processo analítico começou a se abrir: o verdadeiro encontro com as angústias de morte arcaicas, o terror de aniquilamento. Nessas condições o paciente se agarra ao terapeuta esperando fazer uma unidade com ele.³⁷

É ainda Fédida que nos auxilia a compreender como o amor da (O)outra em Carlos se instaurou na sua análise. Para esse autor, as excitações sexuais do estado amoroso da transferência são atualizações corporais, reanimações no corpo do adulto de pulsões pré-sexuais. Como se o paciente vivenciasse uma relação pré-sexual com o analista. Pré-sexual, antes do sexo, antes que este se nomeie como diferença entre os sexos. Relação primitiva. Lembro-me de um *outro* paciente com disfunção erétil que assim se expressou: “*fazer terapia com uma mulher seria como ter uma relação sem precisar do meu pênis.*”

Não foi exatamente a isso que Carlos se referia, ao fazer amor sem sexo comigo? Amor do qual ele se prenha e faz a parição de uma dor que lhe parecia até então, insuportável. Amor que lhe permite, até certo ponto, entrar em contato com seu desejo, não o sexual, do qual já sabia, mas daquele ao qual nada sabia. Abre-se a possibilidade da travessia do fantasma, do gozo. Para Fédida “isto coloca naturalmente a questão do que diferencia o estado amoroso da transferência do chamado amor normal. E, será que existe o amor normal?³⁸”

Mas e o desejo, aquele do qual não falamos ainda e interpolamos a história de Carlos para corporificar os ditos sobre a transferência? Desse desejo Lacan (1958) diz que Freud soube desvendar, qual um iniciado nos antigos mistérios, o significante ímpar no qual se inscreve a *Spaltung* derradeira pela qual o sujeito se articula com o Logos:

Esse falo o qual recebê-lo e dá-lo são igualmente impossíveis para o neurótico, quer ele saiba que o Outro não o tem ou que o tem, pois, em ambos os casos, seu desejo está alhures – em sê-lo -, e, porque é preciso que o homem, macho ou fêmea, aceite tê-lo e não tê-lo a partir da descoberta de que não o é.³⁹

³⁷ Ibid., p. 48.

³⁸ Ibid., p. 49.

³⁹ LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (10-13 de julho de 1958). **Escritos**, Op. cit., p. 649.

Não é disso o tempo todo que Carlos nos dá pistas? Lembremo-nos dos aspectos contratransferenciais, não era esse o lugar que Carlos ocupava em minha fantasia de amamentá-lo? Isso se considerarmos que quem amamenta é a mãe e não a mulher, que é o sujeito de desejo que não ocupa a célula narcísica, a não ser como mistério.

Por não suportar *não ser* ou deixar de ser o falo, ele tenta, dá provas o tempo todo, compulsivamente, através do órgão que ele representa, de que o possui demais? No *a-mais* de seu sexo em ação, Carlos tentava se livrar da angústia de não ser essa que o ameaçava despedaçar-se, quando se identificou com o filho-falo de sua mulher, agora também fálica e completa com um macho em seu ventre, reminiscências castrativas, feminilizantes, homossexuais e tantas outras que não pudemos analisar aqui. Como nos diz Lacan: ‘é próprio das verdades nunca se mostrarem por inteiro’⁴⁰.

Carlos continua em tratamento, ainda faz sexo para esquecer e diz ter certo alívio e, algumas vezes, faz sexo para sentir, nessas vezes diz ter prazer... Seu filho nasceu e ele chorou muito, deprimiu-se e sua paixão por mim esvaeceu-se. Hoje ele gostaria que seu filho conhecesse o avô, o pai que lhe doou seu sangue, quer que ele saiba de sua história e por isso tem tentado (re)contá-la para si mesmo.

Certa vez Carlos me agradeceu por nunca ter rejeitado lhe dar a mão para cumprimentá-lo. Existem, claro, outras linguagens além da que ouvimos que enredam uma análise.

3.11.4. Sintoma e travessia da fantasia

Miller (1987) propõe uma divisão clínica entre sintoma e fantasia como essencial para a direção da cura. Na problemática terapêutica da cura o que se fala é de ‘levantamento do sintoma’ ou ‘desaparição do sintoma’ enquanto da fantasia se diz ‘travessia da fantasia’ para não se falar de seu levantamento ou de sua desapareição. Calligaris (1986) situa a cura como uma operação sobre a ‘fantasia’, que denominamos também como ‘fantasma’:

⁴⁰ Idem., *A transferência no presente* (1º de março de 1961). **O Seminário: Livro 8**. Op. cit., p. 173.

Quer o analista vise a confrontar o analisante com o nada do seu ser, quer busque esgotar indefinidamente a cadeia significante que o determina, seja qual for a idéia que ele faça da condução da cura, se a análise é freudiana e seu espaço o da linguagem, ele irá operar sempre sobre o fantasma”⁴¹.

Lacan (1962) articula, como fórmula para a fantasia, dois elementos heterogêneos: o sujeito barrado (S), que é o sujeito do desejo, com o objeto a, “o prazer a que veio substituir-se um instrumento”⁴²:

A fantasia é definida pela forma mais geral que recebe de uma álgebra construída por nós para esse fim, ou seja, a fórmula (S◇a) onde a punção ◇ se lê “desejo de”, a ser lido da mesma forma no sentido inverso, introduzindo uma identidade que se fundamenta numa não-reciprocidade absoluta.⁴³

O contraponto entre sintoma e fantasia, é proposto por Miller (1987), como uma oposição entre significante e objeto, na medida em que o que prevalece no sintoma é sua articulação significante. Com a fantasia o que se trata é “de ir ver o que está por trás. Coisa difícil porque – dizendo rapidamente – por trás não há nada.”⁴⁴

Com isso, o sintoma é aquilo pelo qual o paciente vem se queixar, e fala para se lamentar dele, como se queixa de sua disfunção erétil, por exemplo. A fantasia, pelo contrário, normalmente o paciente é reticente ou não se lamenta dela, podemos dizer que, através dela, obtém prazer. Desprazer do sintoma, prazer da fantasia, como coloca Miller (1987).

Em geral, o neurótico se envergonha de sua fantasia, pois esta lhe surge em contradição com seus valores morais, pois geralmente são tiradas do campo perverso. É aquilo pelo qual o sujeito obtém prazer, daí seu vínculo com a satisfação masturbatória, já apontado por Freud (1919) em *Uma criança é espancada*. Lembremos do caso de Armando e da fantasia incestuosa ‘absurda’ que o conduzia no prazer masturbatório. Em Roberto, aquilo pelo qual ele atingia o gozo fálico.

⁴¹ CALLIGARIS, Contardo. **Hipótese sobre o Fantasma na Cura Psicanalítica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986, p. 54.

⁴² LACAN, Jacques. *Kant com Sade* (setembro de 1962). **Escritos**. Op. cit., p. 785.

⁴³ *Ibid.*, p. 785.

⁴⁴ MILLER, Jacques-Alain. **Percursos de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1987.

O produto dessa construção fantasista que se funda sobre a ameaça imaginária da castração é constitutiva do fantasia da cena original que determinará de uma forma ou de outra, o gozo sexual do sujeito. “O roteiro que cada um reconhece comumente como seu fantasma desfila muito mais na primeira pessoa: para aquele que faz dele o sustentáculo de sua vida sexual, é um ‘script’ onde ele está engajado totalmente como autor e ator.”⁴⁵

Alcançar a fantasia ou o fantasma no processo de análise, é “encontrar o corpo de cujo gozo são servidores”⁴⁶ nossos analisandos.

A fantasia, sob esta perspectiva, é aquilo que surge a partir de uma situação tanto de gozo insuportável quanto de angústia, como ‘freio’ essencial que produz prazer⁴⁷. A criança que se angustia na ausência da mãe, é na fantasia que vai obter alívio, prazer. A ausência do Outro presentifica e põe em evidência a sua falta, o seu desejo de criança, que é justamente desvendar o desejo da mãe. Ao se evidenciar, pela ausência, o desejo do Outro, a criança produz a fantasia. “A fantasia é uma máquina que se põe em ação quando se manifesta o desejo do Outro.”⁴⁸

*Sendo assim, parece-me então que é uma hipótese estritamente lacaniana a de que a fantasia é como uma máquina para transformar o gozo em prazer. Como uma máquina, digamos, para domar o gozo, pois o gozo, por seu próprio movimento, se dirige ao desprazer e não ao prazer.*⁴⁹

Do ponto de vista da experiência analítica, para Miller (1987), a fantasia fundamental, que ele corresponde ao recalque originário (“Urverdrängung”), nunca é interpretada, não só porque o paciente se esquive em comunicá-la, mas porque está situada em um lugar que nunca aparece na experiência, situando-se na falta do significante, diante de uma falta das palavras e do saber. Com o fim da análise, é a relação do paciente com esta fantasia que se modifica. Não se trata de curar o paciente de sua fantasia fundamental, ela é como o resíduo do desenvolvimento de uma análise:

⁴⁵ CALLIGARIS, Contardo. **Hipótese...**, Op. cit., p. 32

⁴⁶ Ibid., p. 30

⁴⁷ No caso da masturbação ou situação sexual, aquilo que produz a descarga orgásmica.

⁴⁸ MILLER, Jacques-Alain. Op. cit., p. 103.

⁴⁹ Ibid., p. 102.

*O fim da análise tem por objeto uma modificação muito mais profunda que a do nível do sintoma, pois o que se busca é uma certa modificação da posição subjetiva na fantasia fundamental. Isto não é uma questão de cura.*⁵⁰

O autor descreve três dimensões da fantasia. Em primeiro lugar, ela tem um aspecto imaginário, repleto de imagens e personagens. Esta dimensão imaginária do sujeito e suas imagens, pode ser simplificada na condução da cura. Em segundo lugar, temos uma dimensão mais velada, a simbólica, na qual a fantasia consiste a cada vez numa pequena história que segue as regras da construção da língua.

Para Lacan, a lógica da fantasia é uma frase do tipo axioma. A terceira dimensão da fantasia é sua dimensão real, isto é, trata-se de um resíduo imodificável. Por essa razão o fim da análise, é a mudança de relação entre o paciente e a dimensão real de sua fantasia. Por isso, Miller (1988) afirma a importância da distinção entre sintoma e fantasia:

*O sintoma aparece frente aos olhos do próprio sujeito como uma opacidade subjetiva, como um enigma. O paciente não sabe o que fazer com essa irrupção, e por isso demanda interpretação. Se Lacan situa o sujeito suposto saber na entrada do processo analítico é porque, nesse momento, a demanda fundamental do paciente é relativa ao enigma, à interrogação que seu próprio sintoma lhe faz. E a dificuldade, diferente em cada caso, é que a fantasia se apresenta ao sujeito como transparente, e como se sua leitura fosse imediata. Então, a mudança que se tenta atingir ao analisante é uma mudança a que ele se questione o que sua fantasia encobre.*⁵¹

⁵⁰ Ibid., p. 111.

⁵¹ Ibid., p. 114.



*CONSIDERAÇÕES
FINAIS*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas há vida

Que é pra ser

Intensamente vivida,

Há o amor.

Que tem que ser vivido

Até a última gota.

Sem nenhum medo.

Não mata.

Clarice Lispector

4.1. O IMPOTENTE: UM HOMEM EXTRA-ORDINÁRIO

Se a fantasia engendra o prazer, o gozo fálico a que nos referimos, temos que focalizar qual a relação do impotente com a sua fantasia e, sendo assim, qual a fantasia do impotente que determina o sintoma para dela permanecer apartado?

Sabemos que a fantasia que engendra o prazer é sempre tirada do campo perverso, como já vimos, inscrevendo a relação do sujeito com o objeto ($\$ \diamond a$), mas não é por este motivo que consideramos que o impotente, ameaçado, nega-se a se aproximar dela e, com isso, fica também afastado do prazer. Afirmamos que o ‘sujeito-sintoma impotente’ se nega a **ter** prazer, este prazer sexual que chamamos de ‘gozar’. Consideramos que o problema manifestou-se no processo de instauração da metáfora paterna, e isto tem toda relação possível com a castração, que é o que sistematizaremos mais adiante.

Na ausência materna, que evidencia o desejo do Outro, a fantasia não instaura a metáfora paterna, porque o pai não entra como detentor do falo e a castração não tem o efeito organizador - o gozo fálico como limite ao gozo do ser.

O impotente não deixa de fantasiar, pelo contrário, vemos na clínica o quão rico é o imaginário desses homens, mas sua fantasia não opera como ‘máquina para transformar gozo em prazer’, ou melhor, até se presta a isto, mas se o prazer for solitário. Por isso que geralmente eles não são impotentes, nem têm DE, em suas masturbações. Quem já ouviu a descrição de um impotente a respeito de como se masturba, do que lança mão para atingir a ejaculação, sabe que, neste preciso instante, nada o diferencia do mais viril dos homens. O problema é ‘operar’ esta fantasia com um outro, aí tudo se complica, trata-se de um problema do amor.

Ele nega a fantasia (principalmente quando está com o outro), porque ‘sabe’, de alguma forma, que se ele se entregar a este prazer, e ‘gozar’ desse jeito com seu corpo, estará mais afastado de realizar sua demanda, que como já afirmamos, é sempre de amor. Porque o impotente, ‘sabe’ destas coisas do amor, ele é incapaz de amar. Pois amar é não saber nada disso, é dar o que não se tem, é oferecer nossa falta e acreditar que o outro pode preenchê-la. E nisso, ele parece não acreditar.

Esses homens impotentes, mais ou menos histéricos, não acreditam no outro que não seja Outro, para que se dêem a amar que é, em si, um ato de doação. Por isso a depreciação do objeto de amor (a queda do Outro em outro, do A em a) nada lhes diz quanto à excitação e, se isso tiver um efeito excitante, disso tiram muito pouco prazer e continuam impotentes. Foi o que vimos com Bedito, que só podia amar as virgens, ‘essas impossíveis de se penetrar’ (como o Outro materno) e, do parco desempenho sexual que conseguia com as prostitutas, sempre saía frustrado, permanecendo impotente a despeito de seu funcionamento peniano.

Vimos como no homem ordinário do gozo fálico, a depreciação do objeto sexual, bem como a diversidade, são incrementos da potência genital. A diversidade, bem como a depreciação, é o que lhe garante que o traço original que o unia e alienava ao Outro materno, “das Ding”, não se estabilize na alteridade, na unicidade (‘mono’) de um outro, dando a ele o estatuto de Outro (A). Isso lhe representaria uma ameaça real demais, inclusive à sua potência fálica. Esta que só lhe pertence como pura perda, sob a condição de não utilizá-la para aquilo que se destinou originalmente, ou seja, o garoto adquire o poder fálico, após ter passado pela castração, após a instauração da metáfora, justamente quando já abriu mão daquilo que o levou a querer ter o falo e a competir com o pai, “que tenha renunciado ao gozo fechado e alheio, à mãe.”¹

A potência fálica que nunca é descarregada por não alcançar sua destinação originária, fica acumulada e expressa-se pelos ‘atos viris’ que comprovam a identificação masculina. O amor por uma mulher específica acontece quando a potência produzida inutilmente, fica justificada pela crença do encontro de um traço originário nesse ser feminino. Esse encontro é paradoxal, pois no momento em que isso acontece, o interesse se esvai, regredido:

Quando dá a entender que é depositária daquilo que é buscado (uma potência à qual o mistério e a fuga, convém perfeitamente), quando simplesmente manifesta a positividade de seu desejo ao amante, ela corre o risco de ser imediatamente acusada, simplesmente por ter-se deixado confundir com o que lhe era demandado.²

¹ LACAN, Jacques. *O campo lacaniano* (11 de fevereiro de 1970). **O Seminário: Livro 7**. Op. cit., p. 74.

² POMMIER, Gerard. **A Ordem Sexual**. Op. cit., p. 149.

Daí a dificuldade estrutural de que este homem se satisfaça, sem se sentir ameaçado demais, somente com ‘um’ outro. O prazer obtido na diversidade, no ‘mais-uma’ (tantas quantas ele puder ‘ter’), confirma a potência fálica e, conseqüentemente, a virilidade (o imaginário pornográfico é esclarecedor sobre este ponto). Nesse sentido, Carlos era o homem ordinário do gozo fálico, se não fosse por uma questão extraordinária que lhe surge com o nascimento do filho e na relação transferencial.

Para o homem ‘extra-ordinário’ como chamaremos o impotente, a histeria se mostrou como um paradigma iluminador do seu sofrimento. Tomamos como referência, o conceito de Fédida (1991) sobre paradigma em psicopatologia: como modelo ou instrumento de esclarecimento de patologias, cuja eficácia não se dá apenas no nível de uma semiologia comparativa, mas adquire sua certeza quando novos instrumentos de pensamento são produzidos, até em suas implicações técnicas (psicoterápicas). Daí a importância destacada por Fédida (1991) ao se referir à biologização na psicopatologia e ao lugar dos paradigmas:

Afirmar que uma afecção psicopatológica encontra sua explicação etiológica no isolamento de um gene é proceder não de maneira científica, mas ideológica, a serviço de um obscurantismo criminoso. Pelo contrário, hoje é absolutamente certo que uma psicopatologia tem chances de se constituir como científica se suas teorizações fizerem com que modelos elaborados de maneira autóctone (em seu próprio campo de experiência e observação) funcionem epistemologicamente entre si, dispondo de uma capacidade intercrítica.³

Utilizamos a histeria, como um modelo que nos auxiliou avançar na reflexão sobre a impotência, principalmente a partir dos casos clínicos. Não se tratava de nossa hipótese inicial utilizar a histeria como modelo esclarecedor ou paradigma.

A partir dos casos clínicos, e do desenvolvimento teórico, aqui apresentados, a histeria se mostrou como um paradigma fecundo na compreensão dos impotentes. Contudo, a clínica também nos conduziu a reformular certos elementos conceituais da histeria, que ampliaram nossa visão crítica do que pode estar na berlinda, quando se trata de impotência masculina. Para os homens extra-ordinários impotentes, a questão não é o prazer do ‘mais-uma’, mas assim como Don’Ana para Dom Juan, ou a ‘esposa-estrela’ para

³ FÉDIDA, Pierre. **Nome, Figura e Memória**. A linguagem na situação psicanalítica. São Paulo, Escuta, 1991, p. 150.

Armando, o que buscam é o gozo do ‘menos-uma’, o gozo impossível. Por isso eles são tão seletivos quando fazem o teatro do amor (porque, como dissemos, eles não amam como costumamos conceber, isto é, não amam falicamente, mas representam bem isso).

A beleza, as características elevadas, as qualidades intelectuais, o poder, tudo é considerado na seleção do impotente à procura de outros que detenham o traço único, o *agalma* que escravizou o desejo de Alcebiades por Sócrates, o suposto-saber.

Se estes homens extra-ordinários considerarem que encontraram o outro à altura de seu amor (Outro), a ele devotarão suas almas e, quem sabe *a posteriori*, seus corpos. Porque é de coisas elevadas de que falamos e as pulsões corporais, para eles, podem sempre esperar. Se o impotente se sente seguro afetivamente, ‘almado’, num ambiente igualmente seguro e acolhedor (muitas vezes ‘burocrático’, como nomeava um paciente), geralmente seu desempenho sexual é melhor, o corpo pode responder à excitação, sem eclipsar-se. A surpresa de uma situação sexual, excitante para os homens ordinários, para ele traz sempre uma injunção de prazer, a que não pode responder, por não ter nada a oferecer.

Na idealização desses homens, o outro amado não pode ser ‘mais-um’ na multidão. Como Outro, ele é ‘menos-um’ no reino dos céus. Nesse reino, como Lacan já afirmara do sorriso bobo dos anjos e da expressão jubilosa de Tereza D’Ávila, ali onde não há prazer, senão gozo. O gozo é o enredo deste teatro extraordinário de amor, no qual a idealização do objeto amado desfocaliza sua humanidade.

4.2. CASTRAÇÃO E GOZO NA PSICOPATOLOGIA DA IMPOTÊNCIA

Vimos com Nasio (1991) e outros autores, que o histérico utiliza da fantasia angustiante da castração para aplacar a ameaça de sucumbir ao gozo. Uma ameaça a todos nós. Afirmamos, contudo, que se **a castração não funcionou**, não teve o efeito organizador do gozo fálico, a impotência (na qual a DE é apenas uma contingência), pode se apresentar em qualquer estruturação psicopatológica.

Alteramos alguma coisa nas conceituações clássicas sobre a histeria ao focalizarmos sua relação com a castração e a instauração do gozo fálico, responsáveis pelo implemento da potência sexual. As idéias, que apresentaremos a seguir, são sistematizações teóricas sobre a histeria, baseadas na clínica do impotente.

Apresentaremos os elementos que consideramos cruciais na abordagem da histeria, como paradigma de compreensão da impotência, bem como aspectos da obsessão e da perversão que se mostraram fecundos para a questão.

Afirmamos que o **histérico** permanece ‘aquém da castração’, impossibilitado de realizar identificações, masculinas e femininas; não subjetivando a diferença entre os sexos, permanecendo psiquicamente bissexual. Ele diz ‘não’ para o prazer, para viver na nostalgia do gozo do Outro; seu corpo-falo não pode ser sexualizado e permanece alienado numa imagem especular do desejo do Outro. No histérico, a castração que instaura a metáfora Nome-do-Pai, não foi suficiente como empecilho para o ‘gozo de ser’.

A castração para o histérico, não sendo verdadeiramente instituída, fica desamarrada, deslocada, louca, à deriva. Porque ela não é ‘bem-vivida’, todo o momento o histérico tem que se lembrar dela, como numa tentativa de completá-la, reatualizando-a.

O que acontece com o histérico é que ele realmente tem uma angústia de castração, e que angústia, mas é porque como a castração não foi para ele totalmente, ou diríamos, verdadeiramente instituída, ela fica à deriva, para utilizar aqui o termo que Lacan utiliza no seminário 10 (A Angústia, inédito). Ou seja, ela não pode ser recalcada como seria, se fosse suficiente para implementar a potência genital, e representa uma ameaça real demais. Real como aquilo que traz o insustentável.

A castração não recalcada fica à deriva deslocada, louca e não pode ser esquecida, porque não foi bem vivida. Lembrar dela a toda hora é investi-la de fantasia na parte que lhe faltou, numa tentativa de completá-la psiquicamente. Por isso, qualquer figura representante da Lei (pai simbólico) lhe é como um modelo para seguir, como um sujeito suposto-saber que ele ‘amará’ (ou ‘almará’).

Há nele um fascínio pela castração, mas não maior do que seu horror a ela. Afirmamos, assim, que o histérico está ambivalente diante da castração; não se esquiva a ela, pelo contrário, lança-se a todo o momento em sua direção, tentando completá-la, buscando no exterior limites para esse enlouquecimento interior que é a lembrança de um gozo insuportável, mas demandado; e, não a admite totalmente, porque o luto de abandono do corpo-falo não lhe foi algo possível, visto a atribuição fálica não ter se instaurado. Não se reconhecendo como sujeito de falta, não se admite como desejante.

O pai do histérico está ‘lá’, mas o problema é que ele não dá provas do por quê ocupa esta posição, por isso seu filho vai procurar alhures uma resposta ao enigma do desejo materno, nutrindo, assim, um amor e fascínio pela ‘castração’. Comumente ele se coloca, narcisicamente, como resposta ao desejo do Outro, o que lhe provoca uma ameaça insuportável de aniquilamento (por isso às vezes são tão melancólicos), dando-se como objetos à castração do Outro⁴.

Diríamos que o histérico faz um teatro do gozo, para dramatizar sua ambivalência diante da castração, quer dizer, ele se aproxima todo o tempo do gozo, como brincadeira de criança, como a criança que quer se aproximar do fogo. Ela tem medo e curiosidade, pavor e encantamento e, normalmente, se queima se não tiver a voz ou a mão forte de um adulto por perto. Por isso, o teatro do histérico é para o outro. É para o outro pontuar para ele, que precisa se afastar disso, no caso, desse gozar desse jeito, desse estridular no corpo, estrebuchado pelo sintoma.

O outro é o que o histérico clama para não sucumbir, pois ele poderá contê-lo, agarrá-lo e, quem sabe, lhe dar algum acalento e, por que não, algum amor. Porque o histérico não quer mesmo o prazer, esse a-menos do gozo que é o que ele insiste em rememorar no corpo. Ele não pode falar desse gozo a não ser através do corpo, pelo corpo-falo que guarda a memória daquele tempo gozoso.

Diremos que o histérico diz não para o prazer, para viver na nostalgia do gozo. Ele não põe seu falo a perigo, porque seria admiti-lo, admitir o órgão em detrimento de todo o corpo. Lacan explicita no seminário 20: Mais, ainda, que “o gozo, enquanto sexual, é fálico, quer dizer, ele não se relaciona ao Outro como tal.”⁵ Chamamos de gozo sexual ou fálico o prazer, este que o histérico se nega a sentir.

⁴ “Para quem quer realmente confrontar-se com esse Outro, abre-se a via de experimentar não sua demanda, mas sua vontade. Portanto, de se realizar como objeto, de se tornar a múmia de uma certa iniciação budista, ou de satisfazer a vontade de castração inscrita no Outro, o que leva ao supremo narcisismo da Causa perdida (...)” LACAN, Jacques. *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (19 a 23 de setembro de 1960). **Escritos**. Op. cit., p. 841.

⁵ LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 20: Mais, ainda.**, Op. cit., p. 18.

Será por isso que eram os ferroviários “cheminots” homens histéricos? Numa vida desgastada, desgastados, impotentes, só poderiam gozar erotizando o corpo todo, porque o pênis pode ter sido muito pouco diante de tanta privação?

A histeria, enquanto protótipo de todas as neuroses, leva mais diretamente a uma inibição da função sexual, porque anula o prazer do órgão. O excesso de narcismo auto-erótico, expandido em toda a superfície corporal, é representado na valorização da imagem especular do Outro. Por isso a valorização do próprio corpo pelo histérico, é elemento que não pode ser desconsiderado em sua estruturação subjetiva. As constantes somatizações atestam para a focalização excessiva do corpo, que pela tensão da doença, experimenta algum ‘gozo’.

Não é o conteúdo perverso da fantasia que ameaça o histérico. É que na fantasia, ele obtém prazer, e todo prazer lhe é ameaçador na medida em que coloca um freio ao gozo, este ao qual ele está atado numa demanda de amor. Por isso, ele repele e deseja a castração. Diremos que o histérico faz um teatro do gozo, para dramatizar sua ambivalência diante da castração.

O histérico parece se sentir menos ameaçado, diante da fantasia fundamental, que lhe perigosa, mas não aniquiladora, como, por exemplo, para o obsessivo. O histérico, feminilizado em sua posição de corpo-falo identificado à mãe, assim como as mulheres, ‘não têm nada a perder’. O obsessivo teme perder tudo.

Se na fantasia, que é sempre perversa, há prazer, é por que na perversão a castração vicejou? Talvez, mas não podemos afirmar que ‘funcionou’ como organizadora do gozo fálico, embora o tenha instaurado como potência sexual, o que soa como um paradoxo. Para o **perverso**, o que dizer de sua relação com o gozo e a castração?

O pai do perverso não está ‘lá’, ou se está, é destituído de sua posição pela mãe. E isto é um problema na instauração da metáfora paterna, pois o acesso ao falo não se dá via castração paterna: tê-lo como pura perda; mas de outro lugar.

A mãe do perverso, está ‘lá’ e está ‘toda’, é a ‘mãe-fálica’, o que resume a idéia de que o gozo do ser fica fundido ao gozo fálico. O perverso terá então acesso à dimensão fálica do lugar do Outro, o que invariavelmente divide seu desejo.

Daí a angústia do perverso é estar o tempo todo muito próximo do gozo do ser, mas não como a nostalgia do histérico, que é algo do imaginário, mas como a possibilidade real de prazer do gozo fálico. A barreira de separação é permeável, por isso que a sua experiência de prazer vai pelas vias primitivas do gozo ('a- sexuadas'), e muitas vezes, o intercurso sexual não faz parte do "script" prazeroso.

Os prazeres viscerais das secreções e excreções, fazem parte das fantasias devoradoras e aniquiladoras que povoam o imaginário infantil de objetos parciais, descrito por Klein. É de uma forma muito simples, explícita, pornográfica que os perversos alcançam prazer e, quando o alcançam, algo neles parece se acalmar, pondo limite ao gozo aniquilador.

Se a castração falha, a função estruturante de instauração do gozo fálico fica impossibilitada de instaurar o prazer sexual, que nos incita a responder, afirmativamente, diante do pedido instintivo da preservação da espécie. Nesse sentido, o histérico não quer ser humano, ele só quer amar.

Nosso posicionamento é que o histérico, recusando sua humanidade, não quer esquecer a ameaça do gozo do Outro e para isso fica lembrando dela a todo momento; nesse sentido ele sofre de reminiscências. Como um porta-retrato ou um porta-lembrança, ele leva imagens visuais em seu mundo imaginário de como seria o paraíso. É essa lembrança, da qual ele não quer se apartar, que o faz sempre insatisfeito, porque qualquer coisa perto 'Daquilo' fica a-menos, pequena, descolorida.

O gozo, esse insuportável para os humanos, para o histérico é perigoso, claro, como para todo mundo, mas não aniquilador como para o obsessivo, por exemplo. Porque perigoso, ele é tão desejável. Já para o obsessivo, que fica preso à ordem, ele também lembra todo o tempo para não esquecer. Em seu caso a ameaça de castração foi além da conta, mas também não funcionou. Ele não só lembra (de forma deturpada, pensamentos confusos, ansiógenos, perseguidores), mas tem que agir para não esquecer. Se ele esquecer, seria mesmo o seu fim, cairia num gozo aniquilador. Por isso, o desejo para o obsessivo é colocado no plano do impossível, enquanto que para o histérico o desejo deve ser reiterado em sua insatisfação.

4.3. A FELICIDADE MORAVA LÁ PARA BENTO

Bento era um desses insaciáveis, não porque seu sintoma fosse a compulsão, mas porque apesar de tudo estar bem com seu sexo, sentia-se impotente, porque não conseguia “dar a segunda”, como ele mesmo se referia. Para Bento, em seus 30 e poucos anos, terminar a primeira era já se perguntar: quem sabe a segunda é melhor? Ou seja, “quem sabe me sentirei mais satisfeito na segunda?”. Mas esse era seu problema, ele nunca conseguia a segunda e, por isso, sentia-se impotente.

O que Bento não sabia (por isso se perguntava quem sabe?), e o médico que o atendeu inicialmente também não, era que ele era impotente, mas não penianamente. Bento era impotente para sentir prazer e se satisfazer só com isso. Ele tentava adiar sua ejaculação e, quando ela vinha não era isso que ele queria sentir, era algo mais e ele achava que poderia estar na segunda transa. Como ele nunca conseguia a segunda, ele nunca se satisfazia, mas também não deixava de alimentar a ilusão de que era lá que ele conseguiria.

O problema para ele, do qual o médico compartilhava, estava num déficit de desempenho e se conseguisse consertar isso, seu ideal de gozo seria atingido na segunda transa. O problema técnico, resolvido farmacologicamente, assustou o médico que o atendia e considerava ter-lhe dado a resposta que ele sempre quis ao seu problema. Porque Bento consegue “dar a segunda” e... não quer mais dar nenhuma, deprimindo-se de tal forma que tem que ser recorrido por anti-depressivos.

Ao médico não foi possível reconhecer o desejo que sustentava a queixa do paciente, que uma parte de seu gozo estava investida naquilo que mostrava como seu sintoma. Na verdade, seu sintoma alimentava uma ilusão do que ele não queria perder: do gozo alhures.

Com a medicação antidepressiva seu desempenho mecânico ficou realmente prejudicado e daí Bento procura atendimento psicoterapêutico, para sua depressão. Agora, pelo menos, ele estava impotente, e isto ia ao encontro de seu desejo histérico.

4.4 . NÃO HÁ VIRILIDADE QUE A CASTRAÇÃO NÃO CONSAGRE

A questão que colocamos e que fica eclipsada nos sintomas desses impotentes, é uma questão psicopatológica, pela paixão que ela carrega em seu bojo, e que altera o ponto de visada da histeria enquanto paradigma para a impotência: afirmamos que o fantasma do impotente, no qual a histeria pode ser um paradigma, **não** é o horror à castração, no sentido de que ele **não** teme perder o falo. Afirmamos que ele não quer tê-lo, se isto lhe custar a renúncia em sê-lo.

Sem ter efetivamente o falo, sua potência fica esvaziada, seu interesse pela diversidade é parco, sua masculinidade é uma dúvida da qual ele mesmo não se esquiva em questionar-se e sua sexualidade é apática. E isso é possível? Claro que não, é mesmo absurdo e impossível existirem homens que mal se interessam pelo sexo.

Mas eles vivem o impossível, por isso sofrem tanto, por não viverem o que é unicamente possível ao humano: sua sexualidade. Sofrem porque ficam alheios a ela, numa bissexualidade psíquica, não assumindo a diferença entre os sexos, sua sexuação, negando o orgasmo, o gozo fálico, como prazer ‘viável’ de descarga da excitação. Para o que eles querem, este gozo fálico e ordinário lhes parece muito pouco, por isso são tão insatisfeitos.

E o que desejam, para que valha a pena pagar tão caro? Se alcançarmos o seu desejo estaremos próximos demais da fantasia e daí, quem sabe, podemos pensar naquela questão ‘impossível’ que é por que rejeitar o prazer sexual, numa sociedade que oferece todos os meios para que ele se realize?

Afirmamos que o que desejam, e não podem admitir porque representaria uma ameaça real demais, é responder ao gozo do Outro, não como desejante, que é a posição ordinária humana, a qual ascendemos no processo de desenvolvimento, mas como desejado, ou seja, eles querem **ser** o falo do Outro, ser a resposta ao gozo do Outro e assim permanecer no que denominamos *la jouissance de l'être*. O que não deixa de ser uma outra impossibilidade. E também por isso, continuam insatisfeitos... mas parece que de alguma forma, há gozo nisso: recusar ter o falo para permanecer no corpo-falo.

Essa mesma posição que consideramos na histeria. Será por isso que o corpo do histérico (que não tem sexo porque não efetuou a diferenciação sexual devido a falhas no processo identificatório) é tão excitável? Resistindo na sexualidade polimorfa de todo o corpo, o histérico mantém tendências narcísicas recalcadas que não chegam a uma supremacia e impedem a diretividade da descarga orgásmica para o órgão sexual. Esta também é uma posição de Winter (2001) que diz que o histérico exige narcisicamente a admiração das pessoas à sua volta e não raro manifesta um amor - próprio mórbido.

O impotente não tem o falo, isto já vimos, ou o tem mal a ponto disto representar muito pouco como marca de sua virilidade, ou para poder colocá-lo à prova. O que queremos dizer, é que por alguns, ou vários motivos, de suas vivências maternas e encruzilhadas paternas (que pontuamos ao longo deste trabalho), a castração não ‘funcionou’, o que poderia ter instaurado o gozo fálico colocando limites ao gozo do Outro.

Para Lacan (1960), “não há virilidade que a castração não consagre”, e afirmamos que, na falta de ‘funcionalidade’ da castração, surge a ‘impotência’, esta falha na assunção da masculinidade. A disfunção erétil é a contingência que pode ou não estar presente como sintoma, e geralmente faz sua aparição para um homem já siderado diante da vida. Também sabemos que, no momento em que a DE aparece, independentemente do motivo etiológico, a sideração é patente. E o golpe é na auto-imagem, na masculinidade.

A ‘impotência’, com ou sem DE, pode estar cristalizada no sujeito como estrutura, quando dizemos que Benedito, Armando e José **são** homens impotentes; ou pode fazer parte de um instante de vida, como expressão de um abalo na masculinidade, na auto-imagem do homem viril.

É o que vemos em homens que perdem o emprego, falham sexualmente, são traídos, perdem uma competição, frustram-se em algum ideal, ficam impossibilitados fisicamente, apaixonam-se, etc. e, durante um período, geralmente de depressão e angústia, ficam ‘impotentes’ (a DE é contingente, como já assinalamos). É o que vimos com Carlos, com Roberto e com Bento.

Nesse momento, o paradigma da histeria pode ser iluminador na compreensão da dor destes homens que, afetados pela impotência, tornam-se ‘extraordinários’. O termo se mostra adequado principalmente se pensarmos o quanto estes homens impotentes ficam incomuns e se distinguem, nesses momentos, de seus companheiros portadores do ‘dito cujo’, para nos referirmos ao temo utilizado por Lacan (1970). Vimos que, dependendo da travessia a que se proponham, esses homens ‘impotentes’ podem ter uma oportunidade única de se aproximarem de sua verdade e de seus fantasmas. Talvez um momento extraordinário para descobrirem que a potência do pênis não é toda a potência que possuem como homens diante da vida.



DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Amour tout à la fois m'éperonne et réfrenne

Me rassure et m'effraie, me brûle et me gèle

M'agrée et me dédaigne, à soi m'apelle et chasse,

Or me tient en espoir et or en peine.¹

¹ “Amor, ao mesmo tempo me excita e controla, assusta-me e me acalma, queima-me e me gela, aceita-me e despreza-me, chama-me e me expulsa, dá-me esperança e sofrimento.” (tradução nossa) PETRARCA (1330). *Dal Canzonere*. Paris, Auber-Flammarion, 1969.

5.1. RECUSA DO PRAZER COMO NOSTALGIA DO GOZO

Para o homem impotente, a histeria se mostrou como um paradigma iluminador, na compreensão de sua psicopatologia. A DE ou o problema sexual, como sintoma, é contingente à impotência. O que evidenciamos é a **impotência na disfunção sexual**, isto é, não é a ‘dis-função’, mas a implicação subjetiva¹ de falha na masculinidade, associada a ela. Assim, a questão para o impotente, é a sua masculinidade, na qual focalizamos seu posicionamento diante da castração e do gozo.

Queremos levantar o véu de que é para não ter o falo e com ele admitir o limite, a castração, que os impotentes recusam-se a ter prazer, o ‘gozo fálico’. A atitude ambivalente diante da castração que fica à deriva, vem se mostrar por uma ‘impotência’, incapacidade de se lançarem livremente nos jogos eróticos e dele obterem prazer.

Esses homens, coitados, são mesmo os insaciáveis, sempre querem mais. Para eles, contudo, a fantasia da onidisposição feminina é aterrorizante, pois o desejo feminino de sempre querer e estar pronta para o sexo, “script” da fantasia viril, apresenta-se como devorador.

Como materialização da fantasia fálica, remetemo-nos às mulheres dos filmes pornográficos que, apesar das câmeras mostrarem que elas ‘gozaram’, aliás, facilmente chegam ‘lá’, nunca estão satisfeitas, querem mais e estão sempre preparadas para receber. O que os homens destes filmes não percebem é que, justamente porque elas estão sempre insatisfeitas, apresentam-se como sedentas. Nunca se satisfazem com o que eles têm para lhes oferecer.

Nesse sentido, esses homens pouco histéricos que habitam os filmes pornôis, como os que estão soltos na caça ao sexo feminino, não querem mesmo satisfazer as mulheres. Eles precisam delas para que, através delas e atravessando-as, eles se confirmem viris pela atuação fálica do pênis. E elas lhe oferecem seu corpo excitado, sempre pronto à penetração e eles querem, e como querem, que elas tenham prazer com o órgão que lhe oferecem. Por isso, ser tratado como objeto não é tão mal visto pelos homens, pelo

¹ Referimo-nos aqui às prenações fantasísticas e fantasmas.

contrário, tudo o que desejam é encarnar este objeto, causa do desejo feminino; além disso, querem que elas valorizem seu órgão sexual (à altura mesma de um fetiche), e tenham orgasmo com ele. É a realização do gozo fálico masculino.

Esse prazer delas, se não for encenação, algum gozo lhes proporciona da ordem fálica. E é o que garante a esses homens, que essas mulheres vão lhes desejar mais e mais, sem nunca se satisfazerem plenamente. Sem o ‘outro gozo’, sem a satisfação que eles não podem lhe oferecer, elas vão querer sexo novamente e isso, eles têm para dar, pois disso eles têm um saber para oferecer, eles sabem ‘fazer’.

Se este homem ‘ordinário’, o ator da pornografia, no filme ou na vida, engana-se ou não quanto ao que está em questão no jogo sexual, não é nossa visada analisar. O mal-entendido do amor possibilita um diálogo interminável sobre nossas relações cotidianas. Consideramos, assim como Lacan (1975) “se ele pensa que é feliz por viver, é suficiente”. Nossa questão se inicia no momento em que ele deixa de pensar que é feliz sexualmente. Essa insatisfação pode ser, para este homem, uma abertura extraordinária para suas questões subjetivas, como ocorreu com Bento.

A irrupção de um problema ou insatisfação sexual num determinado momento da vida de um homem, para alguns, pode desmoronar subjetivamente certezas que sustentavam sua masculinidade, como por exemplo, a do desempenho sexual (pênis=falo). E aí, a impotência é a travessia obrigatória de desvelamento da verdade deste sujeito. E a histeria, o paradigma iluminador para sua dor psíquica.

Para os histéricos, a figura de Carmem de Bizet, enquanto ser que materializa a sedução, representa tudo o que os ameaça, apesar de certo fascínio visceral que este ser demoníaco desperta neles. Carmen é a personificação de um prazer que, se eles pudessem alcançá-lo, talvez alguma satisfação lhes proporcionasse.

O fascínio visceral vem por esta excitação física involuntária diante do erótico que seduz, ou seja, o corpo responde prontamente, em sua sabedoria pulsional, àquilo que o psíquico, ameaçado, rejeita; o “feed-back” negativo causa a implosão neurótica de uma excitação que só poderá então aparecer, como sintoma.

O histérico, assim como a histérica, oferece seu corpo, mas para agradar e não para que dele se tenha prazer; como o bebê oferece seu ser a sua mãe, seu corpo-falo, como resposta às solicitações maternas de amor (demanda do Outro).

A confusão do espectador, diante do corpo-promessa da histérica, é ser despertado genitalmente naquilo que é uma demanda de amor. O equívoco do assédio é oferecer-lhe o ‘gozo’ de seu órgão ereto, fálico, para o que a histérica deseja como gozo do ser, o gozo do Outro. Por isso ela tende a eleger para si, homens que não lhe apresentem ameaça erótica, como os afeminados ou histéricos, como ela mesma. E por isso, os histéricos tendem a eleger para si, mulheres apáticas sexualmente, ou histéricas.

A eleição de um outro pelo histérico se faz para que ele se estenda longamente no ‘saber’ um do outro, nas falas e nas conversas, evitando ou adiando fazer aquilo que não quer saber nada, ou seja, até quer saber alguma coisa (ele é um curioso), mas não pode nem ao menos dizê-lo, para não admiti-lo.

A fusão genital pode lhe provocar horror, ao acionar sua angústia de castração. Segundo a teorização que apresentamos sobre a histeria, ele não pode pôr seu falo em perigo e a angústia de castração se converte em inibição sexual (Nasio, 1991).

Consideramos que o perigo, para o impotente, não é sua castração, a do falo, mas o de abandonar a posição de desejo do Outro, de ser o falo para tê-lo e, com isso, admitir o limite que lhe seria imposto ao gozo. A angústia de castração é ter que admiti-la, aceitá-la.

É o gozo pleno que ele insiste em manter como nostalgia, à beira muitas vezes de se eclipsar como sujeito na “mise-en-scène” de seus sintomas. Se a histeria for apenas um traço que marca sua identificação masculina, ele poderá fazer tentativas, às vezes bem ou mal sucedidas, em direção ao sexo.

De qualquer forma, este homem impotente, com ou sem DE, com o qual nos deparamos, cotidianamente, em nossos consultórios, é aquele que duvida que a mulher possa gozar naquilo que ele lhe proporciona e por isso, geralmente, precisa lançar a questão pós-coito: “você gozou?” ou, mais caricaturesco: “foi bom pra você?”. Ele nunca sabe, ou

melhor, ele não acredita nesse prazer sobre o qual ele sabe que as mulheres podem facilmente mentir. Isso porque ele também mente e, nisto, ele diz a verdade, porque o prazer que ele sente é muito pouco, ele está sempre insatisfeito.

Ele se recusa como pode a fazer e a fazer bem feito, porque assim nunca, nada seu, é colocado em prova. Nisso ele é um frouxo e, diante da mulher que o deseja, sem saber o que fazer, ele parecerá pouco viril. É o personagem de Antonio Banderas, a que nos referimos no filme *Matador* de Almodóvar (1985).

O impotente se mostra, comumente, como um homem narcísico, disfarçado pela oblatividade, atado ao feminino primordial, numa nostalgia do gozo, ‘feminilizado’ (sem o falo), subjulgado diante de figuras que lhe representam autoridade (falo), com uma sexualidade esvaziada de prazer e satisfação. A atitude de ambivalência diante da castração parece influenciar sua labilidade nos relacionamentos e na vida em geral.

A impossibilidade de admirar e amar o pai, que não se mostrou à altura da atribuição fálica, parece fundar nestes homens um tipo relação com seus outros iguais, que poderíamos denominar de ‘máscara homossexual’, que ultrapassa a necessidade de encontrar objetos identificatórios sexuais, para buscar objetos de amor. E esse ‘amor’ entre homens pode não ter realmente nenhuma atuação sexual, por isso ser ‘mascarado’, mas com certeza, auxilia-os a se manter afastados sexualmente das mulheres, como no caso de *Benedito*.

Não raro encontramos estes traços acima descritos em homens ‘ordinários impotencializados’ por algum abalo ou golpe na masculinidade como, por exemplo, na instauração da disfunção erétil.

Para o impotente, a DE pode ser uma aliada de seus conflitos psíquicos. Não só por afastá-lo daquilo que ele não quer saber nada: o gozo fálico; mas porque ele pode apresentá-la, e se convence mesmo disso, como o ‘motivo’ de sua infelicidade e de sua derrelição diante de todos, principalmente das mulheres, que nunca poderá satisfazer e, por isso, deverá manter-se afastado eroticamente. Para ele, o jogo sexual já está perdido, por isso, antes de jogar, tira seu time de campo.

Para alguns impotentes, livrar-se do sintoma de DE pode representar uma ameaça ao seu modo de ser e ao funcionamento psíquico, da qual preferem se esquivar (vimos isso com Armando que se recusou tomar Viagra). Para alguns impotentes com DE, o Viagra, enquanto remédio para o mau funcionamento peniano, pode possibilitar, em termos psicopatológicos, um desvelamento das dificuldades psíquicas que culminaram na impotência.

Ao oferecer a solução para o desempenho sexual, eliminando o sintoma erétil, desfocalizando assim a insatisfação da disfunção, o sujeito pode, finalmente, ver-se como ‘impotente’. Com isso, algo de seu desejo pode se revelar...

5.2. O IMPOTENTE À BEIRA DA VERDADE

A insatisfação do impotente e, mais do isso, o desejo de se manter insatisfeito, impede que ele alcance o que a relação sexual pode realmente lhe dar, não a complementaridade, mas o suplementar, “re-apport”, suplemento significativo à escassez diária do narcisismo em que vivemos.

O problema é que, apesar dele saber que não irá se satisfazer plenamente, e nisto estar à beira da verdade de todos nós ‘castrados’, ele não admite saber dessa verdade por não a suportar e, em vez de abrir possibilidades para a felicidade suplementar, responsabiliza o outro, a outra, por não lhe dar nada que seja suficiente. Permanece assim, no narcisismo erótico, na ilusão do gozo masoquista e esvaziado de prazer. Prisioneiros de si mesmos.

Surge aí, a ilusão fundamental de que o homem é escravo, bem mais que de todas as “paixões do corpo” no sentido cartesiano, dessa paixão de ser um homem, que é a paixão da alma por excelência: o narcisismo, que impõe sua estrutura a todos os desejos, mesmo os mais elevados.¹

¹ LACAN, Jacques. *Formulações sobre a Causalidade Psíquica* (28 de setembro de 1946). **Escritos**, Op. cit., p. 189.

Portanto, é para manter o gozo do corpo-falo que o impotente se nega a ter prazer. Para manter esse gozo ele se nega a aceitar a castração que para ele não é uma fantasia. Ele a admite, diferentemente do perverso, mas não a aceita, ele fica aquém dela (o perverso está além, ele crê suplantá-la, pensando apenas tratar-se de um obstáculo a derrubar). Adentrá-la é gozar falicamente, com o falo que ele nunca coloca em jogo, ainda mais nesses buracos tão pouco conhecidos, onde se ouve falar que os homens têm prazer.

Para o impotente, o outro é um espelho no qual sempre estará alienado, onde sempre encontrará senão a imagem do desejo do Outro, ou seja, seu próprio corpo-falo. Portanto, ele é um apaixonado por si mesmo e, narcisicamente, nega-se a dar ao outro o reconhecimento por ter-lhe dado prazer. O outro nunca acerta o ponto erógeno, nunca diz o que deveria dizer, nunca o ama suficientemente.

Para o histérico, também não há satisfação. Quando o histérico estiver satisfeito, o mundo terá acabado, pois todos teríamos sucumbido ao gozo aniquilador que teria se tornado finalmente possível. Pois se há uma possibilidade do histérico se satisfazer, como histérico, é nesse fim do mundo sem descendência, numa imensa cena auto-erótica, na qual são “todos os objetos sexualizados, mas sem um atrelamento genital – somente uma seqüela interminável de preliminares”.² A clonagem talvez seja uma saída acalentadora, como avanço científico.

Sorte dos que conseguem não ser históricos o tempo todo e graças devemos aos momentos de ‘histericização’, como diria Birman (1997), em que o erótico pode fazer sua aparição num transe libertário. O erótico, que abre possibilidades estéticas e criativas, sensuais e prazerosas. Como o brincar, no qual tanto a angústia quanto o gozo, ambos insuportáveis, podem expressar-se numa diversão. Talvez se pudessem brincar mais...

Para a sua demanda de amor, o histérico nunca será suficientemente amado e se não tem o que seja suficiente, o que o satisfaça, nega-se a ter prazer, alimentando sua nostalgia de gozo pleno, como se este não fosse definitivamente perdido. É como a criança diante da negação: “então, eu não quero nada”. O histérico diante da vida “não quer nada”, ou seja, ele nega que queira alguma coisa que ele preferiria não admitir, por isso ele não pode dizer que “quer nada”.

² BOLLAS, Christopher. *Hysteria.*, Op. cit., p. 265.

O que ele não pode admitir é algo do sexual, claro, é aí que ele se desalinha, mas é ridículo dizê-lo, porque é indescritível; como a paixão, só dá para sentir. E daí o histérico fala como pode, com o corpo; como o bebê diante da demanda de amor materno só pode agitar os bracinhos e perninhas, tentando responder a um desejo ao qual permanecerá a vida toda assujeitado: o desejo do Outro.

5.3. UMA TRAVESSIA AMOROSA

O problema do impotente não é se aproximar do gozo, ele até brinca com ele ao fantasiá-lo nas relações impossíveis as quais nunca irá se aproximar, e faz isso o tempo todo com seu próprio corpo, nas somatizações, na tensão excessiva da dor.

O problema para o impotente, como para todos, quando nos referimos à clínica psicanalítica, é o da travessia da fantasia ou do fantasma. E na fantasia do impotente ele é o ‘desejado’, aquele que está em uma posição de resposta ao desejo do Outro. Como poder sentir prazer?

Por isso que a fantasia é perversa, também aqui, porque só na perversão o sujeito aceita colocar-se como instrumento do gozo do Outro, porque aceita o gozo do Outro. E tem prazer. Contudo, o perverso assume seu desejo como sendo esse gozo, e o neurótico impotente se defende do desejo, não quer saber nada dele, só quer ser desejado para não ter que assumir sua falta e entrar na castração. Por isso ele é enganado por sua fantasia, que lhe será sempre impossível, como prazer complementar.

O impotente não assume que deseja ser o instrumento do gozo do Outro, para não assumir sua falta, “Spaltung”, instaurada no processo da metáfora paterna. Por isso, iludindo-se numa completude narcísica, mantém seu corpo-falo, mas não sabe o que fazer com ele, principalmente quando é convocado a responder do lugar de desejante.

Se o impotente pudesse entrar na castração, com todos os avatares daí decorrentes, aceitá-la e constituir-se como desejante, poderia se aproximar de sua fantasia, não ser tão enganado por ela e poder finalmente “pensar que é feliz por viver”?

Acreditamos que uma saída para o impotente atravessar sua fantasia é pelo amor, justamente o que ele é incapaz de sentir, como já vimos. A relação estabelecida na transferência, pode ser uma travessia profícua se possibilitar para o impotente um ambiente psíquico favorável para elaborar sua falta e entrar em contato com seu desejo.

A demanda de amor, que não pode ser satisfeita, encontra um espaço de acolhida na transferência, para que a castração possa ser suportada. O lugar inicial do analista como suposto-saber, convoca o analisante a desvendar o enigma do desejo, seu e do outro, e implicar-se em sua fantasia. O analista poderá finalmente ser destituído de seu lugar, à medida que o impotente apoderar-se de algum saber sobre si, aceitar-se como desejante e estabelecer uma outra relação subjetiva com sua fantasia. Pode haver então uma abertura para o amor...

Nos momentos de enamoramento, quando o amor atinge a tensão da paixão, é introduzida uma outra temporalidade ao prazer. Enamorar-se é encontrar um outro que te insatisfaça, no limite exato para ordenar teu desejo e renová-lo; por isso, a pessoa amada é sempre desejada, por nos proporcionar uma satisfação incompleta que sempre renova nosso desejo, como exposto por Nasio (1997). Ela é aquela que mantém a nostalgia do gozo em parâmetros suportáveis, mantém a esperança do impossível, de se alcançar a satisfação.

Vislumbramos no enamoramento uma possibilidade subjetiva de transgressão da dessexualização, característica dos impotentes, como também uma negação da banalização sexual, das sociedades produtivas. No enamoramento, a sexualidade, os contatos, a fusão de corpos é a expressão do turbilhão emocional ao qual somos remetidos. Toda a nossa vida física e emocional fica expandida e se intensifica.

O enamoramento inaugura para o indivíduo uma nova dimensão da subjetividade e da sexualidade. Enamorar-se pode abrir uma possibilidade de resignificação sensual das práticas sexuais desertizadas, intensificando as outras relações interpessoais. Implica a capacidade de suportar uma tensão, o desconforto da irracionalidade, ser capaz de se entregar física e emocionalmente sem garantias, descontrolar-se, ‘enlouquecer-se’. Uma expressão da ‘histericização’ proposta por Birman (1997).

Assim, quando estamos enamorados, permanecemos num estado suportável de insatisfação, e porque a presença da pessoa amada é sempre um incremento à excitação, suportamos altas doses de tensão libidinal, sendo que o gozo fálico parece ser sempre adiado diante da constante urgência do desejo.

O enamorado diante da pessoa amada, vê sentido em tudo, como os dedos apaixonados de Werther em *Os Fragmentos de um Discurso Amoroso* de Barthes (1981).

Sem querer, o dedo de Werther toca o dedo de Charlotte, seus pés, sob a mesa, se encontram. Werther poderia se abstrair do sentido desses acasos; poderia se concentrar corporalmente sobre essas fracas zonas de contato e gozar esse pedaço de dedo ou de pé inerte, de um modo feticista, sem se preocupar com a resposta (como Deus – é sua etimologia – o Fetiche não responde). Mas precisamente: Werther é perverso, ele está apaixonado: cria sentido, sempre, em toda a parte, de coisa alguma, e é o sentido que o faz ficar arrepiado: ele está no braseiro do sentido. Todo contato, para o enamorado, coloca a questão da resposta: pede-se à pele que responda.³

O gozo fálico, que advém após altas doses de excitação, enquanto tensão física e libidinal, traz um alívio não só da ordem de descarga orgásmica, mas como ‘gozo’. O abraço genital nos períodos de enamoramento pode possibilitar uma entrega psíquica e corporal cujo gozo é da ordem suplementar, “re-apport”, abrindo possibilidades de resignificação do desejo.

Aquele que outrora fôra impotente, pode se encontrar, finalmente, como desejante e, nesse momento de êxtase, pela dádiva do gozo recebido, sentir gratidão. O que consagra, enfim, sua capacidade para amar.

³ BARTHES, Roland. **Fragmentos de um Discurso Amoroso**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1981.



SUMMARY

This psychoanalytically oriented paper is based on the author's clinical and analytic practice with males complaining of erectile dysfunction, and suggests that there should be an interface dialogue between psychoanalysis and andrology. The text is addressed to readers who have had sufficient clinical experience to allow them to understand the theoretical dynamics and examine the pertinence of the proposals presented. Clinical cases are described to illustrate basic psychopathological aspects of erectile dysfunction.

Our approach is that the subjects' symptom is seen as erectile dysfunction, whereas impotence is considered the expression of its subjective implications in the appearance of their symptom, their *pathos*, their psychic pain. Our hypothesis was that impotence occurs in subjects with erectile dysfunction (the impotent subject-symptom), as the expression of psychopathological aspects related to failures in the process of assuming male identity, as related to phallic attribution.

Is there a generalized "permanent mode" by which impotent men constitute their objects? Can one speak of a psychic structure of impotent men, or of a psychopathological model of impotence?

The present thesis took into consideration the 1998 introduction onto the market of the oral medication known as Sildenafil citrate, produced by Pfizer Laboratory, and its clinical implications. With the pharmacological remission of the symptom, what happens to the supposed underlying psychopathological questions?

We established a method of analytic investigation which led us from the clinical data to theoretical elaboration, using interviews and psychotherapeutic treatment involving patients complaining of erectile dysfunction, some under medication and others not. Eighty-seven patients were interviewed, and 25 were chosen to receive the aforementioned medication for a period of six months. They were then followed up in psychotherapy for two years. Focus was given to those cases which indicated symptomatic persistence of the sexual problem. In other words, even though the medication had enabled the return of erections, the patients continued to be dissatisfied or insecure regarding their sexual performance.

We concluded that hysteria, as a structure, or trait, is a valid model for understanding the psychopathology of impotent subjects. The hysterical structure of these subjects is related not only to dys-function, but also to impotence in erectile dysfunction, that is, its implication for the subject as failure of masculinity. Hysteria as a paradigm indicates points in common with impotence in different psychic structures.

Our theoretical position is that, in hysteria, castration failed to function, in the sense that it was unable to fulfill its aim of structuring phallic pleasure and providing the possibility of having access to sexual pleasure as a limit to the impossible *jouissance* of the Other, the *jouissance* of being. Hysterical patients refuse to have (only) pleasure and to respond genitally to arousal in order *not to have* the phallus, in which case they would have to admit to the limits of castration.

The hysterical patient's castration anxiety is the result of the castration's not having been fully or truly established and subjectivized for them; it remains adrift and cannot be repressed. It is therefore insufficient to implement genital potency, as it represents a threat that is all too real.

With his impotence, the hysterical man *presents a theater of jouissance for the other in order to dramatize his refusal of castration*. He says *no* to arousal and to sexual pleasure in order to live with the nostalgia of *jouissance*, often nearly eliminating himself as a subject in the process of self-alienation into physical symptoms.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

- ALVES, A. L. Potência e impotência nos tempos de Viagra. *Gostar de Mulheres*, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, Escola Lacaniana de Psicanálise, 2001.
- BARTHES, R. *Fragmentos de um Discurso Amoroso*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1981.
- BERLINCK, M. T. (Org.). *Histeria*. São Paulo, Escuta, 1997.
- BERLINCK, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. 1, n. 1. São Paulo, Escuta, março, 1998.
- BIRMAN, J. *Estilo e Modernidade em Psicanálise*. São Paulo, Ed. 34, 1997.
- BIRMAN, J. Se eu te amo, cuide-se. In BERLINCK, M. T. (Org.). *Histeria*. São Paulo, Escuta, 1997.
- BLEICHMAR, H. *Introdução ao Estudo das Perversões*. Teoria do Édipo em Freud e Lacan. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BLY, R. *João de Ferro. Um livro sobre homens*. Rio de Janeiro, Campus, 1991.
- BOLLAS, C. *Hysteria*, São Paulo, Escuta, 2000.
- BRAUNSTEIN, N. *La Jouissance. Un concept lacanien*. Paris, France, Point Hors Ligne, 1992.
- BREEN, D. (Org.) *O Enigma dos Sexos. Perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.
- BRUNS, M. A. T. *A (In)Fidelidade. Os Desencontros do Encantamento. Série conversando sobre sexualidade*. Ribeirão Preto, SP, Omega, 2001.
- BRUNS, M.A.T. GRASSI, M. V. F. C. Mulher e Sexualidade: o desejo da continuidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, Iglu, Vol. 4, n.1, jan/jun.1993.

- BRUNS, M. A. T. e GRASSI, M. V. F. C. A Liberdade Sexual Feminina: O Fardo e a Leveza. *Revista Viver Psicologia* - número 11, junho de 1993.
- BRUNS, M. A. T. e GRASSI, M. V. F. C. Sexualidade Masculina: A Face Oculta do Não-Encontro. *Revista Viver Psicologia* - número 26, outubro de 1994.
- CABAS, A. G., *A Função do Falo na Loucura*. Campinas, SP, Papirus, 1988. .
- CALLIGARIS, C. *Hipótese sobre o Fantasma na Cura Psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986, p. 54.
- CALLIGARIS, C. *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- CALLIGARIS, C. No último Kubrick, não leve as crianças. *Jornal Folha de São Paulo*, 02 de setembro de 1999, Caderno Ilustrada, Seção Contardo Calligaris,.
- CARVAJAL, E., D'ANGELO, R., MARCHILLI, A.. *Una Introducción a Lacan*. 3 ed., Buenos Aires, Lugar Editorial, 1988.
- CATONNÉ, J. P. “Femmes et hystérie au XIXème siècle”, *Syanpse*, september, n. 88, 1992.
- CECCARELLI, P. R. (Org.) *Diferenças Sexuais*, São Paulo, Escuta, 1999.
- CECCARELLI, P. R. A construção da masculinidade, *Percursos*, n. 19, p. 50-56, 2/1997.
- CECCARELLI, P. R. *Entrevista concedida à Revista Troppo do Jornal “O Liberal” de Belém – Pará*. Disponível na Internet: <: <http://www.oliberal.com.br/troppo/entrevista.htm>. >
- CECCARELLI, P. R. *Identidade e Instituição Psicanalítica*. Conferência apresentada no IV Congresso de Psicopatologia Fundamental. Disponível na Internet:<<http://www.geocities.com/HotSpring/Villa/3170/12.htm>>

- CECCARELLI, P. R. Mal-estar na Identificação. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, São Paulo, ano X, 93, p. 37-46, jan.1997.
- CECCARELLI, P. R. A Masculinidade e seus Avatares. *Catharsis*. São Paulo, ano IV, 19, mai./jun. 1998.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1964). *Female Sexuality*, Londres, Virago, 1981.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. *Ética e Estética da Perversão*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- CHECHINATO, D. Introdução in SAFOUAN, M. *Seminário. Angústia, sintoma e inibição*, 2 ed., Campinas, SP, Papirus, 1989.
- CHEMANA, R. (Org.) *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995.
- CLARO, J. A. et al. Sildenafil no Tratamento da Disfunção Erétil Pós-prostatectomia Radical. *Jornal Brasileiro de Urologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 504-507, out/dez. 1999.
- COOPER, A. M. O que os homens temem; a fachada da ansiedade de castração in FOGEL, Gerald I. et al. *Psicologia Masculina. Novas perspectivas psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- COSTA, J. F. O Referente da Identidade Homossexual in PARKER, Richard e BARBOSA, Regina (Org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996.
- COSTA, M. *O Dilema do Homem*. São Paulo, Gente, 1993.
- COSTA PEREIRA, M. E., *Leituras da Psicanálise – estéticas da exclusão*, Campinas, SP: Mercado de Letras, 1998.
- COSTA PEREIRA, M. E. *Pânico e Desamparo*. São Paulo, Escuta, 1999, p. 136-7.
- CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

- DAMIÃO, R., GLINA, S., JARDIM, C. R., TELÖKEN, C. (Coord.) *I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil* – Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo, BG Cultural, 1998.
- DEJOURS, C. (1989). *Repressão e Subversão em Psicossomática. Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- DEL VOLGO, M-J. *O Instante de Dizer. O Mito Individual do doente sobre a Medicina Moderna*. São Paulo, Escuta, 1998.
- DERRIDA, J. *A Farmácia de Platão*. São Paulo, Iluminuras, 1997.
- DONATO, E. y MACKSEY, R. (ed) *The Languages of Chriticism and The sciences of Man: the structuralist controversy*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1970.
- DOR, J.. *Introdução à Leitura de Lacan. O Inconsciente Estruturado como Linguagem*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- DOR, J. *O Pai e sua Função em Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991c.
- DOR, J.. *Estrutura e Perversões*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991b.
- DOR, J. *Introdução à Leitura de Lacan. Estrutura do Sujeito. Vol. 2*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995, p. 110.
- FÉDIDA, P. *A Clínica Psicanalítica. Estudos*. São Paulo, Escuta, 1988.
- FÉDIDA, P. *Nome, Figura e Memória. A linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo, Escuta, 1991.
- FÉDIDA, P. Entrevista. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol., 4, n. 1. São Paulo, Escuta. Março, 2001.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997.

- FIGUEIREDO, L. C. M. *Matrizes do Pensamento Psicológico*. Petrópolis, RJ, Vozes, 1991.
- FOGEL, G. I. et al. *Psicologia Masculina. Novas perspectivas psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, S. Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess (1950[1892-99]). Carta 79 (22 de dezembro de 1897). Vol.I.
- FREUD, S. Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess (1950[1892-99]). Carta 84 (10 de março de 1898). Vol.I.
- FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica (1950 [1895]), Vol I.
- FREUD, S. *Introdução do Editor Inglês, Resumo Histórico, Projeto para uma Psicologia Científica (1950 [1895]), Vol. I.*
- FREUD, S. As Neuropsicoses de Defesa (1894), Vol III.
- FREUD, S. A Interpretação dos Sonhos (1900), Vol. IV.
- FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]), Vol VII.
- FREUD, S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905), Vol. VII.
- FREUD, S. O Esclarecimento Sexual das Crianças (1907), Vol. VII.
- FREUD, S. Sobre a Tendência Universal à Depreciação na Esfera do Amor (Contribuições à Psicologia do Amor II) (1912), Vol. XI.
- FREUD, S. Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]).
- FREUD, S. A Dinâmica da Transferência (1912) Vol. XII.
- FREUD, S. Recordar, Repetir e Elaborar (1914), Vol. XII.

- FREUD, S. Sobre o Início do Tratamento (1913), Vol XII.
- FREUD, S. Observações sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise III) (1915 [1914]), Vol XII.
- FREUD, S. Totem e Tabu (1913 [1912-3]), Vol. XIII.
- FREUD, S. Repressão (1915), Vol XIV.
- FREUD, S. Os Instintos e suas Vicissitudes (1915), Vol. XIV.
- FREUD, S. Luto e Melancolia (1917 [1915]), Vol. XIV.
- FREUD, S. Conferência XIX – Resistência e Repressão (1917 [1916-7]), Vol XVI.
- FREUD, S. Conferência XXVII – Transferência (1916-7 [1915-7]).
- FREUD, S. Conferência XXVIII – Terapia Analítica (1916-7 [1915-7]).
- FREUD, S. Conferência XXI, O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais (1917 [1916-17]), Vol XVI.
- FREUD, S. Conferência XXII – Algumas Idéias sobre Desenvolvimento e Regressão - Etiologia (1917 [1916-7]), Vol XVI.
- FREUD, S. Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações Conferência XXIII Os caminhos da formação dos sintomas (1917[1916-7]),Vol XVI.
- FREUD, S. Conferência XXIV – O Estado Neurótico Comum (1917 [1916-17]), Vol. XVI.
- FREUD, S. O Ego e o Id (1923),Vol. XIX
- FREUD, S. A Organização Genital Infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade) (1923), Vol. XIX.
- FREUD, S. A Dissolução do Complexo de Édipo (1924), Vol XIX.

- FREUD, S. Algumas conseqüências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos (1925), Vol. XIX.
- FREUD, S.. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926[1925]), Vol XX.
- FREUD, S. Um estudo autobiográfico (1925 [1924]), Vol. XX.
- FREUD, S. Conferência XXXIII, Feminilidade (1933[1932]), Vol. XXII.
- FREUD, S. Conferencia XXXIV, Explicações, aplicações e orientações (1933 [1932]), Vol XXII.
- FREUD, S. Análise Terminável eInterminável (1937), Vol. XXIII.
- FREUD, S. Achados, Idéias, Problemas (1941 [1938]) ,Vol. XXIII.
- FREUD, S. Esboço de Psicanálise (1940), Vol. XXIII.
- FUKS, L. B. FERRAZ, Flávio Carvalho (Org.). *A Clínica Conta Histórias*, São Paulo, Escuta, 2000.
- GILLAN & GILLAN, *A Terapia Sexual*, Lisboa, Edições 70, 1988.
- Gostar de Mulheres*, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, Escola Lacaniana de Psicanálise, 2001.
- Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa*, São Paulo, Nova Cultural, 1999.
- GRASSI, M. V. F. C. *A Sexualidade e o Ser: uma compreensão do vivenciar masculino*. Campinas, SP, 1996. 171p. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação). Faculdade de Educação, UNICAMP.
- GRASSI, M. V. F. C. A Crise Masculina. *Jornal Correio Popular*, Caderno 1, Seção Sexualidade, 26 de outubro de 1997.

- GRASSI, M. V. F. C. BRUNS, M. A. T. Sexualidade masculina: misterioso silêncio. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, Iglu, Vol. 6, n. 2, jul/dez, 1995.
- GRASSI, M.V.F.C. BRUNS, M. A.T. “Falling in love process: conflicts”. *Abstract Book 15 th World Congress of Sexology*, Paris, France: Regimedia, june, 2001, p. 92
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Psicopatologia e Eliminação Medicamentosa do Sintoma de Disfunção Erétil – estudo de caso (resumo). *Jornal Brasileiro de Urologia*. Rio de Janeiro: Prensa, novembro de 1999a, p. 45, número extraordinário do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Vida, sexo e Viagra – recortes de depoimentos clínicos (resumo) *Jornal Brasileiro de Urologia*, Rio de Janeiro: Prensa, novembro de 1999b, p. 45, número extraordinário do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. O Pai distante: marcas da impotência na análise de um homem in *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, Iglu, Vol. 11, n. 2, 2000a
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Aspectos Psíquicos da Mobilidade do Sintoma no Tratamento da Disfunção Erétil in *Anais do XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática*, São Paulo, 28 de abril a 1º de maio de 2000b, 51p.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. O Sujeito-sintoma na Disfunção Erétil: a clínica do impotente in *Anais do V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, Campinas, SP, 15 a 17 de setembro de 2000c, 42p.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Vagina Emasculativa na Psicopatologia do Impotente in *Libro de Resúmenes do X Congreso Latinoamericano de Sexología Y Educación Sexual*, Cuzco, Peru de 24 a 27 de outubro de 2000d, 130p.

- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. O Homem-dor: clínica e terapia da impotência in *Libro de Resumenes do X Congreso Latinoamericano de Sexología Y Educación Sexual*, Cuzco, Peru de 24 a 27 de outubro de 2000e, 130p.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Disfunção Sexual Masculina, Psicologia e Complexidade da Abordagem Clínica: estudo de caso in *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana*, São Paulo, de 9 a 12 de maio de 2001a, 59p.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Erectile Dysfunction and Psychopathology (abstract). *International Journal of Impotence Research – Basic and Clinical Studies*, Vol. 13, Supplement 2, june 2001b, s. 20.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. O Sujeito-sintoma impotente na disfunção erétil in *Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Pós graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ. V.IV, n. 1, jan/jun, 2001.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. “Erectile Dysfunction and Psychopathology: one question for the masculinity”. *Abstract Book 15 th World Congress of Sexology*, Paris, France: Regimedia, june 2001c, p. 92.
- GRASSI, M. V. F. C. COSTA PEREIRA, M.E. Disfunção sexual masculina, psicopatologia e a complexidade da abordagem clínica: estudo de caso no prelo para publicação *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, Iglu, Vol. 13, n. 1, 2002.
- HANNS, L. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- HORNEY, K (1926). “The flight from womanhood” in HORNEY, K. *Feminine Psychology*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1967.
- HORNEY, K. (1932) “The Dread of Women” in HORNEY, K. *Feminine Psychology*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1967.
- HORNEY, K. *Feminine Psychology*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1967.

HULTLING, C. Percepção das parceiras sobre a eficácia do sildenafil (Viagra) no tratamento da disfunção erétil (DE). *Abstracts apresentados no Congresso da ISIR (International Society for Impotence Research)*, Laboratórios Pfizer, Amsterdam, 25 a 28 de agosto de 1998.

Impotence. National Institute of Health Consensus Statement. *Journal of American Medical Association*. Vol. 10, n. 4, December 7-9, 1992, p. 1-31.

Impotence. National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence Conference. *Journal of American Medical Association*. 270, 1993, p. 83-90.

JONES, E. "The early development of female sexuality". *International Journal of Psycho-Analysis*, 8: 459-472, 1927.

JONES, E. "The phallic phase". *International Journal of Psycho-Analysis*, 14: 1-33, 1933.

JONES, E. "Early female sexuality". *International Journal of Psycho-Analysis*, 16: 263-273, 1935.

JONES, E. *Papers on Psycho-Analysis*, 4th edn, Londres, Baillière, Tindall & Cox, 1938.

Jornal de Poesia [online]. Poesias de Fernando Pessoa. Disponível na Internet no site: <<http://www.secrel.com.Br/jpoesia/fpessoa29.html>>

The Journal of Urology. AmericanUrological Association. Vol. 156,n. 6, December, 1996.

JULIEN, P. *Le Manteau de Noé. Essai sul la paternité*. Paris, Desclée de Brouwer, 1991.

JULIEN. P. *A Feminilidade Velada. Aliança conjugal e modernidade*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1997, p. 47-8

KRAFT-EBING, Dr. R. v. *Psychopathia sexualis- Étude medico-legale des medicines et des juristes*. Paris , Payot, 1969.

- KAPLAN, H. An integrated approach to brief sex therapy in MARMOR, J. & WOODS, S.M.. *The Interface Between the Psychodynamic and Behavior Therapies*. New York, Plenum, 1980.
- KAPLAN, H. *Transtornos do Desejo Sexual. Regulação disfuncional da motivação sexual*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.
- KAUFMANN, P. (ed.) *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996, p. 73-4.
- KEHL, M. R. *A Mínima Diferença: masculino e feminino na cultura*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- KLEIN, M. Early stages of Oedipus conflict. *International Journal Psychoanalysis*, 9: 169-180.
- KLEIN, M. *Obras Completas de Melaine Klein*. Buenos Aires, Paidós-Horme, 1980.
- KUSNETZOFF, J. C., *O Homem Sexualmente Feliz. Do mito à verdade científica*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1987.
- LACAN, J. *O Mito Individual do Neurótico* (1966). Lisboa, Assírio e Alvim, 1980.
- LACAN, J. Conferencias em las Universidades de los EE.UU. *Apostila Grupo Verbum*, Buenos Aires, 1975.
- LACAN, J. *Os Complexos Familiares* (1984 [1938]), Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- LACAN, J. *O Seminário. Livro 3: As Psicoses* (1955-56). 2. ed, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988, p. 102.
- LACAN, J. *O Seminário, Livro 4: A Relação de Objeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.
- LACAN, J. *O Seminário. Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. *O Seminário. Livro 8: A Transferência* (1960-1), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. *Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J.. *O Seminário: Livro 20: mais, ainda* (1972-3), 2 ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. El Discurso de Baltimore. Simposio Internacional del Centro de Humanidades John Hopkins in DONATO, Eugenio y MACKSEY, Richard (ed.) *The Languages of Chriticism and The Science of Man. The structuralist controversy*. Baltimore, John Hopkins University, 1970, p. 186-195.

LACAN, J. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998:

LACAN, J. Formulações sobre a Causalidade Psíquica (28 de setembro de 1946).

LACAN, J. A agressividade em psicanálise (maio de 1948).

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu (17 de julho de 1949)

LACAN, J. Intervenção sobre a Transferência (1951).

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem (26 e 27 de setembro de 1953).

LACAN, J. Seminário sobre “A carta roubada” (26 de abril de 1955).

LACAN, J. A coisa freudiana (7 de novembro de 1955)

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose.(1955-56).

LACAN, J. A questão histérica (II). “O que é uma mulher?” (21 de março de 1956).

LACAN, J. A psicanálise e seu ensino (23 de fevereiro de 1957).

LACAN, J.Sobre o complexo de castração (13 de março de 1957).

- LACAN, J. A Instância da Letra no Inconsciente (14-26 de maio de 1957).
- LACAN, J. A Significação do Falo (9 de maio de 1958).
- LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (10-13 de julho de 1958).
- LACAN, J. Kant com Sade (setembro de 1962).
- LACAN, J. Do Sujeito enfim em Questão (1966).
- LACÔTE, C. Frequências fóbicas, ou a histérica não exerce mais seu ofício. A Clínica Lacaniana. *Revista Internacional*, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, n. 2, julho de 1998.
- LANGTRY, H. & MARKHAM, A. Sildenafil. A Review of its Use in Erectile Dysfunction. *Drugs*, New Zealand, Adis International Ltd, Jun 57: 6, 1999, p. 967-989.
- LAPLANCHE, J. *Hölderlin e a Questão do Pai*, Rio de Janeiro, Zahar, 1991.
- LAPLANCHE, J. *Vocabulário da Psicanálise. Laplanche e Pontalis*, 3. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1998 p.146.
- LECLAIRE, Serge. *O Corpo Erógeno. Uma introdução à teoria do complexo de Édipo*. 2 ed., São Paulo, Escuta, 1992.
- LERICHE, R. *La Chirurgie de la Douleur*. Paris, Masson, 1937, p. 371.
- MANNONI, Octave. *Isso Não Impede de Existir*. Campinas, SP, Papyrus, 1991.
- MASTERS, William H. & JOHNSON, Virginia E. The Sexual Response Cycles of Human Male and Female: Comparative Anatomy and Physiology in BEACH, F. A. (ed.) *Sex and Behavior*, New York, John Wiley & Sons, 1965.
- MASTERS, William H. & JOHNSON, Virginia E. *A Resposta Sexual Humana*, São Paulo, Roca, 1984.

- MCDUGALL, Joyce, *As Múltiplas Faces de Eros: Uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*, São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- MEZAN, Renato, *Escrever a Clínica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.
- MILLER, J.-A. *Percurso de Lacan. Uma introdução*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1987.
- NASIO, J.-D. *A Histeria. Teoria e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991a.
- NASIO, J.-D. *Os Olhos de Laura. O conceito de objeto a na teoria de Lacan. Introdução à Topologia psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991b.
- NASIO, J.-D., DOLTO, Françoise. *A Criança do Espelho*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- NASIO, J.-D. *Lições sobre Os Sete Conceitos Fundamentais em Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- NASIO, J.-D. *O Livro da Dor e do Amor*. Rio de Janeiro, Zahar, 1997.
- NASSAR, R. *Lavoura Arcaica*. 3 ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.
- OCARIZ, Maria Cristina. O sintoma para além da significação in FUKS, Lúcia Barbero, FERRAZ, Flávio Carvalho (Org.). *A Clínica Conta Histórias*, São Paulo, Escuta, 2000.
- PARKER, R., BARBOSA, R. (Org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996.
- PERRIER, F. *Ensaio de Clínica Psicanalítica*. São Paulo, Escuta, 1992.
- PERSON, E. A mulher onidispónível e sexo lésbico in FOGEL, Gerald I. et al. *Psicologia Masculina. Novas perspectivas psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- PERSON, E., OVESEY, Lionel. Teorias Psicanalíticas da Identidade de Gênero in CECCARELLI, Paulo Roberto (org.) *Diferenças Sexuais*, São Paulo, Escuta, 1999.

- PETOT, J.-M. (1979)., *Melaine Klein I. Primeiras Descobertas e Primeiro Sistema* (1912-1932), São Paulo, Perspectiva, 1987.
- PETRARCA (1330). *Dal Canzonere*. Paris, Aubier-Flammarion, 1969.
- POMMIER, G., *A Ordem Sexual, Perversão, desejo e gozo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- POMMIER, G. *Do Bom Uso Erótico da Cólera e algumas de suas conseqüências*, Rio de Janeiro, Zahar, 1996.
- PORGE, E. *Os Nomes do Pai em Jacques Lacan. Pontuações e problemáticas*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1998.
- QUEIROZ, E. O Estatuto do Caso Clínico. No prelo para publicação em *Pulsional, revista de psicanálise*, São Paulo, Escuta.
- RAGO, M. Globalização e Imaginário sexual (ou “Denise está chamando”). *Jornal da Unicamp*, Campinas, SP, n. 159, ano VX, março de 200.
- RANK, O. *Le Traumatisme de Naissance* (1924), Paris, Petit Payot, 1976.
- RODRIGUES JR, O. M. REIS, J. M. *Impotência Sexual. Uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, H. Ellis, 1993.
- RODRIGUES JR, O. M. *Psicologia e Sexualidade*. São Paulo, Medsi, 1995.
- SAFOUAN, M., *Seminário: angústia, sintoma, inibição*, 2 ed. Campinas, SP, Papirus, 1989, p. 67-8.
- SAIN-EXUPÈRY, A. *The Little Prince*. New York, Harbrace Paper Library, Harcourt, Brace & World, 1971.
- SÁNCHEZ VÁSQUEZ, A.. *Ética*, 19 ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.
- SAUSSURE, F. *Curso de Lingüística General*. Buenos Aires, Losada, 1972.

- SHARLIP, I. D. 100 Dias com Viagra: O Impacto Médico e Social nos Estados Unidos. *Urologia contemporânea*, Vol. IV, n. 4, out/nov/dez, 1998, p. 151-155.
- SIANA, J. E. The new sexual image of the male. *Abstract Book 15 th World Congress of Sexology*, Paris, France: Regimedia, june 2001, p. 213.
- SIGAL, A. M. Francis Bacon e o Pânico: uma falha no recalque primário in FUKS, Lúcia Barbero, FERRAZ, Flávio Carvalho (Org.). *A Clínica Conta Histórias*, São Paulo, Escuta, 2000.
- SOUZA, M. L. R. A Experiência de Sonhar – O prazer de existir in FUKS, Lúcia Barbero, FERRAZ, Flávio Carvalho (Org.). *A Clínica Conta Histórias*, São Paulo, Escuta, 2000.
- STOLLER, R. A Contribution to the Study of Gender Identity. *International Journal Psychoanalytical*, 45 (1964): 220-26.
- STOLLER, R. *Masculinidade e Feminilidade. Apresentações do gênero*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- TARELHO, Luiz Carlos. Alteridade Pulsional e Projeção nas Psicoses. *Percursos Revista de Psicanálise*. Ano XII, n. 23, 2 semestre de 1999, p. 81-90.
- The Journal of Urology*, American Urological Association, Inc., Vol. 156, N. 6, December 1996.
- TORRES, L. O., *Parecer dos Urologistas sobre Aspectos Determinados da Andrologia e Sexologia*. São Paulo, 1995. 77p. Dissertação (Mestrado em Urologia). Disciplina de Urologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- TORRES, L. O. *Perfil dos urologistas filiados à Sociedade Brasileira de Urologia e sua prática na área de andrologia*. Trabalho apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Urologia realizado no Rio de Janeiro de 13 a 18 de novembro de 1999.
- Viagra – monografia do produto*, São Paulo, Pfizer, 1998.

VIRAG, R. *Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. Lancet*, 2: 938, 1982.

VITIELLO, N. *Reprodução e Sexualidade*. São Paulo, CEICH, 1994.

VOLICH, R. *Psicossomática*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

WINTER, J.-P. *Os Errantes da Carne. Estudos sobre a histeria masculina*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2001.



ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental
Seção de Pós-Graduação – Fones: (019) 3788-4819/ 3788-3948
Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Barão Geraldo – Caixa Postal: 6111
CEP: 13083-970 – Campinas - SP

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Título da Pesquisa:

“Disfunção Eretiva e a Questão Identitária Masculina: uma abordagem psicanalítica”

Pesquisadora Responsável:

Maria Virgínia Filomena Cremasco Grassi

Registro Profissional:

CRP – 06/ 41142-2

Descrição da Pesquisa:

Sou Psicóloga e estou fazendo uma pesquisa de Doutorado em Saúde Mental nesta Universidade sobre a disfunção erétil (‘impotência’) e sobre as questões relacionadas à constituição da identidade masculina. A importância deste estudo está em fornecer dados para um entendimento mais claro sobre a disfunção erétil numa abordagem clínica. Os objetivos principais desta pesquisa são: avaliar e analisar os conflitos pessoais dos sujeitos portadores de disfunção erétil e como isso se situa quando há a eliminação dos sintomas através de medicamentos. Sendo assim, gostaria de entrevistá-lo com o intuito de colher informações para que eu possa alcançar os objetivos expostos. A entrevista será norteada por questões abertas nas quais o senhor terá liberdade para falar o que quiser, no tempo que quiser. Gostaria de esclarecer que caso o senhor não queira que suas informações sejam gravadas, eu anotarei por escrito os dados pertinentes, deixando claro que todas as informações que eu receber, por intermédio de gravação ou escrita e que forem utilizadas, serão redigidas de forma a não permitir o reconhecimento do informante, isto é, todos os nomes mencionados serão mantidos em sigilo, sendo substituídos por nomes fictícios.

Maria Virgínia Filomena Cremasco Grassi
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Eu,

_____,
R.G. nº _____, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa, tendo recebido as informações contidas neste TERMO DE CONSENTIMENTO e ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- 1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;**
- 2. A liberdade de retirar meu consentimento após ter sido entrevistado e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Nesse caso, manifestarei por escrito meu desejo de interromper minha participação na pesquisa;**
- 3. Que a pesquisadora se compromete a me proporcionar informação atualizada que seja obtida durante o estudo mesmo que esta possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa;**
- 4. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;**
- 5. A disponibilidade de tratamento médico e a indenização que legalmente teria direito, por parte do órgão financiador, em caso de danos que os justifiquem, diretamente causados pela pesquisa;**
- 6. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.**

Telefone da Secretaria da Comissão Ética: (019) 3788-7232

Tendo ciência do exposto acima, subscrevo este documento.

_____, _____ de _____.

assinatura do participante