

O “SUJEITO-SINTOMA” IMPOTENTE NA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Maria Virginia Filomena Cremasco Grassi

Mário Eduardo Costa Pereira

Professora do curso
de Especialização em
Sexualidade Humana
e doutoranda em
Saúde Mental
(Unicamp).
Psicóloga.

Professor do
Departamento de
Psicologia Médica
e Psiquiatria
(Unicamp).
Psiquiatra e
Psicanalista. Membro
da Rede Universitária
de Pesquisa em
Psicopatologia
Fundamental.

RESUMO: A masculinidade, como sintoma, utiliza a atividade do pênis ereto como estandarte de sustentação imaginária da potência fálica. A instalação da disfunção erétil (que afeta o órgão) coloca em questão a masculinidade (que afeta o ser), confirmando a sensação subjetiva de “impotência” sexual — sujeito e sintoma se fundem no fracasso eretivo.

Palavras-chave: masculinidade, disfunção erétil, impotência sexual, psicopatologia, psicanálise.

ABSTRACT: The ‘subject-symptom’ impotent in the erectile dysfunction. Masculinity, as a symptom, uses the erect penis activity as an imaginary maintenance banner of the phallic potency. The installation of the erectile dysfunction (which affects the organ) raises the issue of masculinity (which affects the being itself), thus confirming the subjective sensation of sexual “impotence” — subject and symptom fall in the erectile failure.

Keywords: masculinity, sexual impotence, erectile dysfunction, psychopathology, psychoanalysis.

“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.”

LACAN¹

INTRODUÇÃO

Este artigo surgiu das reflexões suscitadas pela prática psicoterapêutica com pacientes com queixa de “impotência” e faz parte de uma pesquisa de doutorado em Saúde Mental,

¹ LACAN, J. O Seminário: Livro 20: mais, ainda, p. 112.

financiada pela Fapesp cujo objetivo é o estudo da questão psicopatológica subjacente ao sintoma de disfunção erétil (DE).²

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 sexual.³ 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 que dói, impotente, com impotência, indissociável em seu sofrimento psíquico e somático.

Nosso pressuposto é que o “sujeito-sintoma” pode alimentar, como defesa, uma ilusão alienadora de sua condição desejante ao construir sua masculinidade, como sintoma, apoiada em seu desempenho sexual, em que o pênis aparece como objeto do poder fático. 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 fática 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, a sua implicação no tratamento psicoterápico. Ao se instaurar a condição de DE, é posta em questão a própria masculinidade — o corpo-homem como um todo — antes sustentada ou imaginada por meio do órgão ereto. A recuperação erétil parece não “curar” a ferida identitária — ser homem.

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-

² “A Disfunção Erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente em obter ou manter ereção rígida suficiente para uma atividade sexual satisfatória.” *I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil da Sociedade Brasileira de Urologia*, p. 1.

³ Insatisfação referindo-se aos aspectos subjetivos e inadequação aos aspectos intersubjetivos.

se a possibilidade de posicionamento diante da resposta encontrada pelo sujeito — a instauração do sintoma — à questão desejante que não lhe pôde ser colocada psicicamente a não ser por meio da doença.

Valendo-nos do relato de um caso clínico em atendimento, ilustraremos o percurso sintoma-doença em Benedito e esboçaremos seu posicionamento quanto à questão fálica e o seu trajeto subjetivo, até então, em direção ao enigma psicopatológico que o aprisionou psicicamente à impotência. Faremos, de início, uma pequena trajetória teórica para situarmos nosso campo de discurso.

IMPOTÊNCIA E DISFUNÇÃO ERÉTIL PARA A CLÍNICA

É recente a tentativa médica de desassociar a acepção de “impotência” atribuída aos portadores de insuficiência erétil. Dessa forma, tenta-se encontrar um modo politicamente correto de referir-se ao sintoma sem que este se carregue do 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 poder.⁴

O termo “impotente” assinala, assim, a qualidade de “fraqueza” comumente associada à fragilidade e passividade — conceitos associados, em nossa cultura, à homossexualidade masculina, admitindo-se que um homem exerce a função passiva no ato sexual, coloca-o, socialmente como gay, não sendo sempre o mesmo rótulo para o que age ou é visto como ativo. Ser assim rotulado — homossexual — aparece, com o início dos sintomas, como o principal medo de muitos homens com DE — abre-se uma ferida identitária.

O termo (politicamente correto) utilizado hoje pela prática clínica — “disfunção erétil”, situa bem o campo exploratório, diagnosticável, de nossa atualidade clínico-científica: expõe-se o problema como 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. A dor, mesmo que psíquica, que se apresenta no sintoma, tem a ver com o funcionamento imperfeito ou a deformação (negação da forma) que causa a ausência ou privação de algo positivo (saúde).

A cura dar-se-ia, pois, por intermédio das causas, e pela restituição ou produção de coisas positivas — formas e funções — que foram outrora negadas pela doença. É por isso que se fala em “cura” para a medicina. Assim, a extinção dos sintomas seria a restituição da saúde.

⁴ 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.

Com o surgimento recente do citrato de sildenafil (1998) como uma terapêutica oral “efetiva” para o tratamento da DE, descortinam-se novas possibilidades de enfoques clínicos para a doença que até então não possuía efetivamente intervenções menos invasivas. Para Ira Sharlip, da Pan Pacific Urology de San Francisco, “o Viagra mudou drasticamente a forma como a DE é diagnosticada e tratada nos Estados Unidos. Como a maioria dos pacientes responderá bem ao Viagra, não é mais necessária uma avaliação pormenorizada” (SHARLIP, 1998). Isto vai de encontro a uma visão instrumentalizada da medicina. Caso se obtenha sucesso com a medicação, atendendo-se à queixa do paciente, atingiu-se o objetivo funcional: fazer calar o sintoma.

É justamente essa possibilidade mais viável e segura de solução para a DE — fala-se mesmo em “cura”⁵ — que reafirmou nosso posicionamento quanto à questão psicopatológica da impotência: Como o processo psíquico se altera ou se reorganiza quando da exclusão farmacológica do sintoma? Começamos a indagar o que habita e qual a especificidade dos tais “fatores psicogênicos” sempre presentes, determinando, ou reafirmando qualquer caso de deficiência erétil.

O tratamento terapêutico ambulatorial tem suas 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, em sendo um hospital universitário, matizes ainda mais específicos.

Quando nos referimos à prática psicanalítica, as coisas parecem enuviar-se 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 Ana Cristina 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” (FIGUEIREDO, 1997).

Esta pesquisa não se inicia aí, mas é justamente esse lugar-espço ambulatorial que marca um momento importante em seu desenvolvimento, pois é especialmente o acompanhamento desses pacientes que deu corpo e movimento à questão a ser aqui 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 gran-

⁵ “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*, p. 15.

de número de pacientes com disfunção erétil encaminhados para avaliação psicológica e, apesar da diversidade de municípios e de estados de origem desses pacientes, 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-se, assim, um grupo homogêneo nessa categoria. Admitimos a importância de se realizar um estudo multicêntrico nesses casos. Consideramos, contudo, que as limitações apresentadas no ambulatório trouxeram-nos também uma riqueza muito grande de dados para serem avaliados e revelaram singularidades significativas para o trabalho clínico com pacientes que apresentam disfunção 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. Tal impossibilidade não precisaria existir, se a questão se resumisse a uma simples flacidez genital. Todos sabemos que o gozo tem inúmeras expressões das quais o intercurso sexual é a mais óbvia mas, certamente, não a única.

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

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 a si mesmo enquanto existente, desejante, doente.

Citaremos o medicamento no sentido com que Platão, no *Fédro*, oferece a *phármakon* e retomado por Derrida (1997) como 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” (DERRIDA, 1997, P.14). Há um outro pólo na palavra *phármakon* que torna a substância maléfica, venenosa, que faz referência a um agravamento do mal ao invés de sua atenuação. “O *phármakon* não pode jamais ser simplesmente benéfico” (Idem, p. 46). Isto ocorre por duas razões: sua essência e virtude não o impedem 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 (DERRIDA, 1997, p. 43-64).

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.

Nesse caso, o *pathos* 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 que urgia metáforas mais profundas. É aí, na relação terapêutica e na (im)possibilidade de algo ser desvelado na fala, que se faz presente o trabalho do analista.

“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.” (DERRIDA, 1997, p. 125)

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 no ataque às figuras redentoras, médicos e terapeutas, quando as soluções propostas não lhe parecem mais muito satisfatórias.

Retornando às nuances do atendimento institucional público, é nesse momento que o sujeito se sente desesperançado, cansado, enlutado com suas próprias convicções curativas, embora mais próximo esteja da verdade de sua doença. Suportar se faz necessário. Ao paciente, pois, nada mais lhe resta. A equipe de atendimento deve e só pode dar trégua aos apelos resolutivos, suportando uma trajetória, uma temporalidade inexorável ao trabalho analítico.

O SINTOMA EM PSICANÁLISE

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.

Para Freud (1926[1925]/1996), o sintoma apresenta-se como uma solução de compromisso entre a fantasia inconsciente — o desejo — e a tentativa de defesa contra ele, que se torna reprimido em sua atuação consciente. “Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma conseqüência do processo de repressão.”⁶ É uma

⁶ “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, 1926[1925], p. 95).

tentativa, por via do recalçamento, de solucionar um conflito entre a pulsão e a consciência.

“O conflito surge pela frustração, em consequência da qual a libido, impedida de encontrar satisfação, é forçada a procurar outros objetos e outros caminhos. A pré-condição necessária do conflito é que esses outros caminhos e objetos suscitem desaprovação em uma parte da personalidade, de forma que se impõe um veto que impossibilita o novo método de satisfação tal como se apresenta.” (FREUD, 1917[1916-7]c, p. 353)

É por esse motivo que, quando se cura o órgão e a real doença se mantém, o sintoma migra, procurando uma nova forma de simbolização, seja em outro órgão ou em palavras e atos. É como se a doença se fizesse ouvir pelas suas diversas manifestações sintomáticas. “A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas” (FREUD, 1917[1916-7]a, p. 361).

As fantasias de satisfação pulsional são recalçadas e acabam por se expressar silenciosa e enigmaticamente por via da doença. Durval Checchinato (1989) na introdução do livro *Seminário: angústia-sintoma-inibição*, de Moustapha 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.” (SAFOUN, 1989, p. 23)

A experiência clínica demonstrou a Freud (1917[1916-7]/1996) que esta “representação insuportável” da qual o sujeito se esquiva com sofrimento é justamente aquilo que lhe causa desejo e excitação sexual e, portanto, desorganização psíquica. A pulsão que não consegue ser reconhecida e suportada como excitação por ameaçar a organização psíquica — é fonte de angústia e em geral 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 frequentemente se atormentam os neuróticos” (FREUD, 1917[1916-7]b).

Essas mesmas experiências psíquicas irão modelar, posteriormente, sua vida sexual e, por isso, postulou Freud (1905[1901] / 1996), “os fenômenos patoló-

gicos são, dito de maneira franca, a *atividade sexual do doente*.⁷ 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:

“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.” (POMMIER, 1996, p. 110)

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 intersíquicos. 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 é justamente essa a esperança do sujeito com DE que procura ajuda médica: encontrar alguma causa orgânica que o afaste 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.” (POMMIER, 1996, 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?

⁷ 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” (FREUD, 1905[1901], p. 110).

A IMPOTÊNCIA EM BENEDITO

Para começarmos a tecer algumas considerações sobre o assunto vamos nos ater às palavras de Lacan (1957/1998): “observemos, primeiro, o lugar onde o conflito é denotado, e, depois, sua função no real” (LACAN, 1998, p. 444). Para iniciarmos nossa ilustração e observação topológica vamos apresentar um caso clínico: Benedito tem 28 anos, penúltimo filho de quatro, é solteiro e mora com os pais. Faz terapia há dois 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 se 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 que quando sai com uma mulher não consegue ter ereção suficiente para a penetração.⁸ 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 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 a 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, bem como atualmente, Benedito tem 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 foi feliz. Fala de um estar-só, desamparado desde pequeno quando suas brincadeiras eram solitárias ou quando sua mãe o

⁸ Benedito consegue excitar-se e sua DE consiste em não manter a ereção no momento da penetração.

deixava em casa para ir trabalhar. Ele diz: “sempre fui sozinho”, assinalando sua condição de ser triste e desamparado.

Traz outra queixa que o aflige: com freqüência e há algum tempo tem sentimentos de raiva, ódio ao chegar a casa. Por conta disso, não consegue falar com ninguém, fecha-se no quarto escuro, embaixo de cobertores, por longos períodos, até que se sinta 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.

Lembra-se de que, quando era criança, sempre tinha medos e pesadelos de que alguma pessoa que já tivesse morrido (assombração) viesse buscá-lo. Todos em casa, excetuando-se o pai, compartilhavam desse pavor, mormente sua mãe. Podemos daqui depreender a forma como parece que, em sua família, os sentimentos eram vivenciados. Como nos diz Freud (1913/1996), o medo de assombração vem da hostilidade da qual os sobreviventes nada sabem, nem desejam saber. Essa hostilidade é que é expelida da percepção interna para o mundo externo, desligada deles e projetada num outro, já morto. Essa hostilidade inconsciente transforma o morto num demônio perverso, ansioso por matá-los. Daí, o pavor (FREUD, 1913[1912-13], p.76). Essa forma projetada de lidar com as emoções aparece também em seus ataques súbitos de angústia como se algo de fora o acometesse.

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 acolhem 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." (FREUD, 1905, p. 212)

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 décima segunda 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.

Não é possível ainda a elaboração do quão próximo pode estar "ser pego por trás desprevenido" e o que o levou, com a constatação da DE, a pensar que poderia ser homossexual: "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."

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". 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 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.

“Quando as crianças em tão tenra idade assistem à relação sexual entre adultos, o que é ensinado 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 com um sentido sádico.” (FREUD, 1905, p. 185)

A relação que ele faz entre 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 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?

Apenas recentemente Benedito pôde revelar algumas de suas lembranças infantis que melhor esclareceram a temática de seus pesadelos. Ele revela (por fim) 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, “transar” 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 de pegar a gente junto e a gente teve que separar”. Após isso, nada mais pôde ser lembrado pois “faz muito tempo”.

Aqui podemos pensar na impossibilidade psíquica desse garoto de ter um pênis como uma saída psicossomática (histérica?) para ser perdoado pela mãe (não ter pênis para não ser castrado) e permanecer na cama dos pais até tão tardiamente, quando as reações eréteis naturais já se faziam perceber e, mais que isso, 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 expectador do “teatro noturno” de seus pais.

Como diz Freud (1924/1996): 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” (FREUD, 1924, p. 196). 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 estar falando e desabafando com alguém. Sua primeira melhora diz respeito aos sentimentos de raiva e ódio que sentia. Ao descrever os episódios caseiros de raiva aos poucos 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 suas vidas, bem como nas 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.”*

Quanto mais pode situar os sentimentos de raiva à 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 essa mãe: alegando preocupação com o estado de *“saúde”* do filho, ela vai até o seu serviço e conversa com seu chefe sobre ele estar muito fechado, raivoso, estranho. Ao chegar ao seu 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; se não ele poderá fazer algo errado (como quando criança).

O pai de Benedito quase não aparece em sua fala. Figura distante e enigmática, amado por todos que não conseguem entender como ele agüentou ficar ao lado da esposa durante tantos anos. Há uma certa indiferença dele para com o que ela diz e 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”* em invadir a vida dos filhos ou em fazer fofocas de vidas alheias, o pai intervinha, brigando com ela. Esse pai aparece como pessoa muito estimada por todos os

filhos que, 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 costumava dizer que quem tinha uma mãe como a dele, apesar de estimá-la, não precisava ter inimigo!

Ele tem sua teoria sobre como o pai “suportava” sua mãe: tinha amantes. Há uns dez 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 anorgásmico⁹ — 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 erétil.¹⁰ 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 com veemência de que não consegue se sentir seguro em 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. Os sintomas

⁹ Diferenciando ejaculação — eliminação do líquido espermático — de orgasmo enquanto sensação subjetiva de prazer.

¹⁰ 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.

fisiológicos relacionados à angústia cedem, o pênis recupera sua capacidade erétil e a insatisfação sexual persiste...

SER OU TER O FALO: SEXUAÇÃO EM LACAN

O sentimento de Benedito de se sentir e ser “impotente” perante as mulheres e o de não ter, possuir um pênis capaz de sustentá-las ¹¹ e satisfazê-las apresentam a questão do falo na teoria lacaniana e de como se situa para o paciente o “ser” e o “ter”.

“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’” (DOR, 1989, p. 76)

O que é o falo, porém, na triangulação edipiana?¹² Para Lacan (1958/1998), o falo é esclarecido pela sua função: “pois o falo é um significante, um significante cuja função, na economia intra-subjetiva da análise, levanta, quem sabe, o véu daquela que ele mantinha envolta em mistérios” (LACAN, 1958, p. 697).

Estabelecida a relação mãe-filho (bebê), estabelece-se uma tensão a que chamamos célula narcísica e que pretende reduzir mãe, filho, desejo a uma única coisa. Há uma indistinção fusional entre a criança e a 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)*” (DOR, 1989, p. 81). Em Lacan (1958/1998), a questão é pontual:

“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.” (LACAN, 1958, p. 700)

¹¹ No sentido de sustentar o gozo delas pelo seu pênis ereto.

¹² “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, 1925, p. 285).

Ocorre, contudo, 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. Em Lacan (1958/1998), para a criança, “é da lei introduzida pelo pai nessa seqüência que depende seu futuro” (LACAN, 1958, p. 701). É a passagem da castração que estrutura o ordenamento psíquico do sujeito. Curvar-se a esta função simbólica paterna é o que o assujeita numa sexuação (DOR, 1991, p. 14).

Como assinala Jöel Dor,

“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.” (DOR, 1989, p. 86)

Polariza-se, então, outra dialética, a do ter, pela mediatização paterna. 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 instauração da “dialética imaginária, por assim dizer, em que a criança se esforça para simbolizar a diferença dos sexos” (DOR, 1991, p. 160). 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. Para Lacan, “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” (LACAN, 1958, p. 701).

Assim se conquista a identidade sexual, seja feminina, seja masculina, à medida da atribuição fálica (ter ou não ter o falo) e da castração. Para Lacan, a assunção a uma identidade masculina (sexuação no homem) é um caminho árduo para o garoto que necessariamente, sob a égide paterna, está sujeito a uma feminilização que o protege do temor da castração¹³ e que o leva (via identificação) a imitar o pai, assumindo o nome paterno para ter aquilo que já renunciou (o seu desejo originário com a mãe), ou seja, o poder fálico. Ele abre mão de seus desejos incestuosos com a mãe por reconhecer e temer o poder (imaginário) do pai.

¹³ “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, 1923, p. 318-9).

O amor pelo pai é paradoxal, pois é dirigido a um rival e a um salvador ao mesmo tempo. Daí a importância do significado da "posição do pai" na qualidade de terceiro na triangulação edipiana:

"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." (LAPLANCHE, 1991, p. 48)

O pai desejado, isto é, o portador do falo, é o que livra a criança do estrangulamento do erotismo materno que a convoca a se identificar com um falo indecifrável, impossível, vazio como a morte e, portanto, angustiante. Poderíamos falar de um amor pela castração nutrido por aquele que alivia a criança da demanda materna emasculativa de ter que corresponder ao falo imaginário.¹⁴

"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." (CABAS, 1988, p. 44)

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.

O temor-reconhecimento o coloca numa posição feminilizada perante esse pai, dotado imaginariamente de um poder fálico que lhe garante um lugar no desejo materno. Essa posição, contudo, 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. "Essa 'passagem', 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" (DOR, 1991, p. 52). A partir de então essa identificação, como potencialidade estruturante por via do dom patronímico, será atestada por seus atos, como realizações masculinas. Podemos visualizar uma necessária via de acesso ao pai enquanto figura identificatória, isto é, ser pai é ocupar esse espaço identificante para que seus filhos o alcancem.

¹⁴ 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.

Já aos 82 anos, Freud (1940 [1938], p. 203-3) redige o artigo “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, o autor refere-se aos resultados da castração como múltiplos e afetando todas as relações do menino com o 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” (Idem, p. 203). Freud considera que a renúncia à posse materna dificulta permanentemente, pela proibição, a posterior vida sexual do homem 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” (Idem, p. 204).

Vemos, assim, que esse caminho necessário em direção ao que poderíamos chamar uma 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 menino afasta-se do mundo da mãe, embora o desejasse antes, para se constituir reconhecidamente como homem que assina seus atos.

Mais tarde é por meio do contato sexual ativo, particularmente com as mulheres, isto é, com o mundo do qual se afastou, que irá ser reconhecido em sua virilidade e masculinidade. Seu eventual insucesso sexual pode ser ameaçador à sua imagem masculina. Para Freud, nessa difícil travessia, “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” (FREUD, 1940[1938], p. 204).

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 mediante 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, isto é, sua relação diante da função fálica. É o que veremos no caso de Benedito.

BENEDITO SE DIZ IMPOTENTE

O que poderíamos apontar, mesmo que de modo superficial, 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 do gozo ou, poderíamos dizer, a *impotência do gozo*. Vemos, assim, que o "lugar" doente se mantém, porém com outra característica, o que nos faria supor o caráter secundário do que se mostra, ou seja, da coisa explícita demais que acaba por ocultar significados mais paupáveis e reais (não atestando, claro, a irrealidade do sintoma).

Essa realidade, sendo o real uma vertente externa da frustração,¹⁵ como inicialmente formulou Freud (1911) no artigo "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental" e sobre o qual Lacan situa a impossibilidade de defini-lo, mostra-se, contudo, via órgão doente: a despeito da especificidade do sintoma, o pênis não funciona como deveria e é justamente isso que Benedito consegue *dizer* de sua angústia.

Ele 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. "Sucede 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."¹⁶

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 de novo, pego de surpresa como quando era criança e fora flagrado com sua tia. Traço marcante, tardiamente rememorado em sua história de vida, que parece jogá-lo psicicamente em conflitos punitivo-castrativos:

"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?" (LACAN, 1957, p. 448-9)

¹⁵ *Dicionário enciclopédico de psicanálise*, p. 444.

¹⁶ "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 destrutivo!" (LACAN, 1957, p. 445-7).

A sua certeza fantasista que duvida de sua ereção é a que alimenta outra e que desmorona o que diz ser seu maior desejo na vida: a de que jamais poderá fazer uma mulher feliz e, conseqüentemente ter uma família com filhos. 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.

“O que determina a formação dos sintomas é a realidade, não da experiência, mas do pensamento. Os neuróticos vivem um mundo à parte, onde, somente a ‘moeda neurótica’ é moeda corrente, isto é, eles são afetados apenas pelo que é pensado com intensidade e imaginado com emoção, ao passo que a concordância com a realidade externa não tem importância.” (FREUD, 1913[1912-13], p. 97)

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 à 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 sexualmente (falicamente).

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), fofoqueira, interesseira” que atrapalha a todos com seu jeito de existir. Essa passagem 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 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 ela 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. Essa subordinação 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 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 em silêncio 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 de 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 para uma impotência do gozo e traçamos como, de algu-

ma 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. 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 mais velhos, aos quais se sente subjugado, como a seu pai, prova viva de um pênis que dá conta de várias mulheres, além de sua mãe, mas nega-se, 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 Outro (DOR, 1991, p. 69) e tendo que, a todo custo e momento, dar provas de sua virilidade. É para ser provado, testado que ele mantém suas relações sem gozo. Como nos adverte Lacan (1984/1997):

“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 genital”. (LACAN, 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..

Recebido em 31/7/2000. Aceito em 21/5/2001.

BIBLIOGRAFIA

- CABAS, A. G., *A função do falo na loucura*, Campinas, Papirus, 1988.
- DAMIÃO, R., GLINA, S. JARDIM, C., TELÖKEN, C. (coord.) *I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil da Sociedade Brasileira de Urologia*, São Paulo: BG Cultural, abril/1998.
- DERRIDA, J., *A farmácia de Platão*, São Paulo, Iluminuras, 1997.
- Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*, editado por Pierre Kaufmann, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996.
- DOR, J. *Estrutura e perversões*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- _____. *Introdução à leitura de Lacan. O inconsciente estruturado como linguagem*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- _____. *O pai e sua função em psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997.
- FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, v. VII, 1905.
- “Fragmentos da análise de um caso de histeria”, v. VII, 1905 [1901].
- “A dinâmica da transferência”, v. XII, 1912.
- “Totem e tabu”, v. XIII, 1913 [1912-3].
- “Inibição, sintoma e ansiedade”, v. XX, 1926 [1925].
- “Os caminhos da formação dos sintomas”, v. XVI, 1917 [1916-7]a.
- “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais”, v. XVI, 1917 [1916-7]b.
- “Algumas idéias sobre o desenvolvimento e regressão: etiologia” v. XVI, 1917 [1916-7]c.
- “A dissolução do complexo de Édipo”, v. XIX, 1924.
- “Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” v. XIX, 1925.
- “O ego e o id”, v. XIX, 1923.
- _____. “Esboço de psicanálise, in *Grande dicionário Larousse cultural da língua portuguesa*, São Paulo, Nova Cultural, v. XXIII, 1940 [1938]/1999.
- Jornal Brasileiro de Urologia*, Sociedade Brasileira de Urologia, Rio de Janeiro, novembro de 1999, número extraordinário.
- LACAN, J. *Escritos* (1966), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- _____. *O Seminário: Livro 20: mais, ainda*, 2 ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1975/1985.
- _____. *Os complexos familiares*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1984/1996.
- LAPLANCHE, J. *Hölderlin e a questão do pai*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1991.
- POMMIER, G. *A ordem sexual: Perversão, desejo e gozo*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- _____. *Do bom uso erótico da cólera. E algumas de suas conseqüências*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996.
- SAFOUAN, M., *Seminário: angústia, sintoma, inibição*, Campinas, Papirus, 1989.
- SHARLIP, I., “100 Dias com Viagra: o impacto médico e social nos Estados Unidos”, *Urologia Contemporânea*, v. IV, n. 4, out/nov/dez, 1998.
- Viagra: monografia do produto*, São Paulo, Pfizer, 1998.

Maria Virginia Filomena Cremasco Grassi
Rua Francisco Pereira Coutinho 111/104
Parque Taquaral 13088-100 Campinas SP
Tel: (19)233-7440
www.vcgrassi.cjb.net
grassi@unicamp.br

Mário Eduardo Costa Pereira
Rua Carolina Prado Penteado 725
13092-470 Campinas SP
Tel: (19)3254-5064
pereiram@correionet.com.br