

As faces da (im)potência sexual e a histeria masculina na psicanálise

The faces of sexual (im)potence and male hysteria at psychoanalysis

Luan Sampaio Silva
Paulo Roberto Ceccarelli

Resumo

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a impotência sexual e a histeria masculina sob a ótica da psicanálise. E, para isso, percorreu-se diversas perspectivas teóricas dentro da teoria psicanalítica, de Freud (1856-1939) a autores pós-freudianos e contemporâneos, para entrelaçar as produções psicanalíticas acerca de homens que apresentam disfunção erétil em suas tentativas de relações sexuais, bem como a relação entre esses homens impotentes e a histeria masculina. Com base nos estudos realizados, percebeu-se que determinados pontos teóricos são elucidados de acordo com a perspectiva teórica adotada dentro da psicanálise. Todavia, todos apontam para um fator: o conflito psíquico inconsciente que se manifesta por meio do sintoma de impotência sexual.

Palavras-chave: Impotência, Histeria masculina, Psicanálise.

1 Introdução

Este artigo tem como tema as diversas faces da impotência sexual e sua relação com a histeria sob a ótica de uma abordagem psicanalítica. Para estudar essa temática, algumas questões nortearam esse artigo. A saber:

- Como a teoria psicanalítica compreende a impotência sexual masculina?
- Qual a relação da impotência sexual com a histeria masculina?

Não é incomum, nos dias atuais, a chegada de homens ao consultório médico e psicanalítico queixando-se de disfunção erétil. A escuta deve desvendar os motivos inconscientes que ocasionaram essa saída sintomática para lidar com esse pulsional. Destaca-se que, para a psicanálise, diferentemente da medicina, o sintoma é o porta-voz enigmático de um conflito psíquico inconsciente a ser decifrado e porta(dor) de um sentido que

o paciente desconhece, o qual o psicanalista possibilita colocar em discurso.

2 Método

Para atingir nossos objetivos, realizamos um estudo bibliográfico de como a psicanálise – desde Freud e perpassando por autores pós-freudianos, como Sándor Ferenczi e Melanie Klein – compreende essa saída psíquica que é o sintoma da disfunção erétil, no qual homens apresentam uma inibição sexual em sua tentativa de consumação do coito.

Convém ressaltar que a pesquisa psicanalítica apresenta diversas formas de investigação: a histórica, a clínica e a conceitual (CECCARELLI, 2012). O inconsciente, mais precisamente suas manifestações, marca o objeto de uma pesquisa psicanalítica. Nosso objeto de pesquisa é realidade psíquica ou o subjetivo, que apresenta o mesmo valor do

objeto de pesquisa das ciências naturais. A realidade psíquica tem na subjetividade de quem a anuncia o mesmo estatuto que a realidade objetiva. Essa realidade objetiva apresenta-se travestida de sintoma.

Na clínica psicanalítica, o sintoma não é o foco principal a ser analisado. Como o próprio nome diz, está no lugar de algo, é sintoma de algo. O sintoma representa uma formação do inconsciente que manifesta o conflito entre as demandas das pulsões e os mecanismos de defesa. A psicanálise se interessa pela dinâmica psíquica que subjaz ao fenômeno observado. E essa dinâmica não é analisada pelo método lógico, pois é inacessível à observação. O que pode se observar são as manifestações dessa dinâmica psíquica (CECCARELLI, 2012). Diante do exposto, pode-se questionar: o que há por trás do sintoma de disfunção erétil, que afeta inúmeros homens no Brasil e no mundo?

3 Considerações teóricas

Stekel (1868-1940), um psiquiatra que fez parte do início do movimento psicanalítico, juntamente com Jung (1875-1961) e Adler (1870-1937), nas famosas reuniões das quartas-feiras, dedicou grande parte de sua vida profissional à investigação da problemática da sexualidade. Eles compreendiam a disfunção erétil como um mal da civilização moderna. Todavia, o conceito de civilização moderna, segundo D'Andrea (1988), é temporal, pois em cada momento a civilização é moderna em relação à precedente. Por esse viés, a impotência constitui uma problemática tão antiga quanto a própria civilização.

Ao longo das épocas, diversas hipóteses e interpretações foram feitas: de noções sem fundamentos na razão ou no conhecimento, a noções dogmáticas baseadas nos estudos científicos do psiquismo. Várias teorias foram criadas por filósofos, literatos, médicos, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas de diversas escolas. Essas teorias resultaram numa série de ideias esparsas, do campo não científico ao científico (D'ANDREA, 1988).

A psicanálise será a base teórica utilizada para dar conta de elucidar de forma parcial esse fenômeno, recaindo a ênfase na disfunção erétil psicogênica. O trabalho psicanalítico considerado pioneiro sobre a impotência sexual masculina foi realizado pelo psicanalista Sándor Ferenczi (1873-1933), que remeteu as origens dos sintomas à sexualidade infantil. O artigo escrito por Ferenczi marca o início de uma fase de sucessivas investigações psicanalíticas sobre a incapacidade sexual masculina.

Entre as contribuições de Ferenczi sobre o tema, destacamos o artigo *Interpretação e tratamento psicanalíticos da impotência psicosexual*, escrito após uma conferência proferida na Sociedade Real de Medicina de Budapeste, em 7 de novembro de 1908. Partindo dos estudos psicanalíticos de Freud, Ferenczi ([1908] 1992) relata que, não satisfeito com uma explicação simplória para a impotência sexual, foi levado a supor que a impotência era determinada não pelo medo, mas por processos psíquicos inconscientes de conteúdo definido, cujas raízes remetiam aos primórdios da infância, possivelmente a um desejo sexual que, no percurso do desenvolvimento cultural, constituiu-se impossível ou impensável.

O autor afirma:

A impotência psicosexual é um sintoma parcial de uma psicose, de acordo com a tese de Freud, ou seja, que se trata da manifestação simbólica da lembrança de acontecimentos sexuais vividos na primeira infância, depois recalçados no inconsciente, do desejo inconsciente de conseguir a sua repetição, e do conflito psíquico que daí resulta (FERENCZI, [1908] 1992, p. 37).

Ao fazer o relato de um paciente que sofria de impotência sexual, Ferenczi ([1908] 1992) observou que a satisfação sexual, a qual sofreu interdição de maneira intensa no paciente, inclusive em suas fantasias sexuais diurnas, refreava-se e desviava seu pensa-

mento para outros objetos, na ocasião em que fantasiava o ato sexual.

Ferenczi (1992 [1908]) destacou, em consonância com Freud, que frequentemente esses pacientes sonhavam que eram submetidos a provas e exames, e esses sonhos eram recorrentes na mesma semana. Por exemplo, sonhavam que não foram bem-sucedidos em uma prova de bacharelado por não terem uma preparação consistente. Ferenczi atribuía essa inaptidão no sonho a um sentimento de incapacidade sexual e, de forma metafórica, a relação com um coito mal sucedido, ou seja, no conteúdo dos sonhos eram constantes as figuras de armas de fogo que estavam enferrujadas, emperradas, não duravam muito, não acertavam o alvo, etc.

Ferenczi ([1908] 1992) defende que a causa primordial da impotência sexual deriva de uma “fixação incestuosa”, entendendo-se por fixação uma forte ligação da libido a imagens ou pessoas, a reprodução de um modo de satisfação determinado e organizado de acordo com a estrutura característica de uma das fases evolutivas (LAPLANCHE, 1998). Com isso, as origens da impotência psíquica podem nos remeter aos pensamentos libidinais recalcados da infância. E essa “fixação incestuosa” se limita não apenas aos pais mas também a pessoas significativas que ocuparam a categoria de ‘pessoas respeitáveis’, ou seja, que tiveram um lugar privilegiado na infância do sujeito (FERENCZI, [1908] 1992).

Para o autor, caso o sujeito tenha tido uma vida sexual ativa sem complicações e comece a manifestar impotência sexual devido a uma causa ansiogênica qualquer, por exemplo, o medo de uma doença ou infecção, infere-se que subsistem nele complexos infantis sexuais recalcados. Por isso, o efeito intenso, de ordem patológica, do agente patogênico é em virtude do deslocamento para a reação presente de um afeto que estaria ligado a esses complexos (FERENCZI, [1908] 1992).

Ademais, Ferenczi ([1908] 1992) acreditava que, além da fixação incestuosa, as experiências sexuais infantis que foram viven-

ciadas com uma intensa humilhação, podem ser um fator para uma posterior inibição psicosssexual. Em especial, quando a criança é flagrada no ato de masturbação e é humilhada pelo outro que a observa, imputando-a, inclusive ameaças e castigos corporais. Ferenczi escreve que, segundo Freud, a maneira como a criança é desabituada à prática do onanismo teria uma influência no desenvolvimento psíquico do próprio sujeito.

O isolamento psíquico das crianças em face dos problemas sexuais, o rigor excessivo da repressão dos hábitos infantis, o terror e a humilhação, o respeito esmagador e a obediência cega impostos pelos pais e, com frequência, tão pouco justificados, contribuem para realçar uma verdadeira produção artificial de futuros [...] impotentes psicosssexuais (FERENCZI, [1908] 1992, p. 37).

E, por fim, Ferenczi ([1908] 1992) assevera que todas essas observações e interpretações enunciadas só serão válidas nos casos de impotência de origem psicogênica, e não nos casos de incapacidade fisiológica ou orgânica. Entretanto, a associação de estados mórbidos orgânicos e funcionais é, conforme dito anteriormente, um fenômeno frequente.

Depois de Ferenczi, Freud ([1912] 1996) escreveu sobre a impotência psíquica, em especial a disfunção erétil, no texto *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*, demarcando a ideia principal de que o impotente psíquico, tendo como quadro sintomático a disfunção erétil e, conseqüentemente, uma inibição sexual, objetiva inconscientemente fugir de alguma recordação de seu desejo incestuoso despertado pela mulher, isto é, o desejo por uma pessoa que represente a figura materna (KARDOUS, 2013).

Revisitemos o texto freudiano citado a fim de percorrer o caminho trilhado pelo criador da psicanálise nesse momento de sua obra. No texto *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*, Freud ([1912] 1996) formula a indagação sobre o sintoma que le-

varia os sujeitos a recorrer a um psicanalista. E responde que uma das principais queixas, além das diversas formas de manifestação de ansiedade, seria a impotência psíquica. Esse sintoma atinge homens de natureza profundamente libidinosa e se manifesta como uma recusa dos órgãos sexuais em concretizar o ato sexual, ainda que antes e posteriormente eles possam se apresentar como íntegros e capazes de executá-lo e mesmo que demonstrem intensa propensão psíquica a realizá-lo.

A primeira chave para a compreensão do seu estado se obtém do próprio paciente, ao efetuar-se a descoberta de que um malogro dessa espécie só surge quando a tentativa se realiza com determinadas pessoas, enquanto com outras nunca há qualquer cogitação de tal insucesso. Ele se dá conta, então, de que constitui alguma característica do objeto sexual que dá origem à inibição de sua potência masculina e, às vezes, declara que possui a sensação de um obstáculo dentro dele, a sensação de uma vontade contrária que interfere vitoriosamente com a sua intenção consciente (FREUD, [1912] 1996, p. 185).

Não obstante, é impossível representar qual é esse empecilho interno e a qual atributo do objeto sexual contrapõe seu funcionamento. Se a experiência de fracasso se repete, é possível que esteja relacionada ao processo comum de “conexão errônea”, ou seja, uma lembrança num primeiro momento evocaria a ideia de ansiedades perturbadoras e, com isso, produziria a repetição do malogro em todos os momentos, posto que conferia ao primeiro momento em si uma determinada impressão ‘fortuita’ (FREUD, [1912] 1996).

Freud ([1912] 1996) destaca que diversos estudos psicanalíticos sobre impotência já tinham sido produzidos e publicados por alguns autores, como Steiner, Stekel e Sándor Ferenczi. E afirma que, por meio da experiência clínica, os psicanalistas poderiam confirmar esses estudos. É notória a influência inibitória de determinados complexos

psíquicos que são retirados da consciência do sujeito. Isso sugere o conteúdo mais universal desse sintoma: a fixação incestuosa na mãe ou na irmã, que nunca foi sobrepujada. Além disso, deve-se considerar também as influências das vivências árduas acidentais relacionadas à atividade sexual da infância, bem como os fatores que reduziram a libido que deveria se dirigir ao objeto sexual feminino.

De acordo com Freud ([1912] 1996), no momento em que se investiga psicanaliticamente os casos marcantes de impotência psíquica, descortinam-se determinados processos psicosssexuais ativos.

Aqui de novo – como muito provavelmente em todas as perturbações neuróticas – a origem da perturbação é determinada por uma inibição na história do desenvolvimento da libido antes que esta assuma a forma que tomamos como sua terminação normal. Nos casos que estamos considerando, duas correntes cuja união é necessária para assegurar um comportamento amoroso completamente normal, falharam em se combinar. Podem-se distinguir as duas como a corrente afetiva e a corrente sensual (FREUD, [1912] 1996, p. 186).

A mais antiga das correntes é a afetiva. Constituída nos primórdios da infância, origina-se no alicerce dos interesses da pulsão de autopreservação e se enlaça aos cuidados e membros familiares da criança. Desde o princípio carrega consigo contribuições das pulsões sexuais (os elementos eróticos) que já se apresentam de forma meio clara mesmo na infância e que posteriormente se encontram de alguma forma nos neuróticos que se submetem à psicanálise. Isso diz respeito à primeira escolha objetual da criança (FREUD, [1912] 1996).

Para Freud ([1912] 1996) o afeto demonstrado à criança pelos pais ou substitutos, que não deixam de ter uma natureza erótica (a criança seria um brinquedo erótico), converge, em grande parte, para edificar as

contribuições realizadas pelo erotismo aos investimentos psíquicos de suas pulsões de eu e para desenvolvê-la, na medida em que se direciona a desempenhar um papel em seu desenvolvimento posterior, sobretudo quando diversas outras ocasiões emprestam seu apoio.

Essas fixações afetivas persistem durante a infância e frequentemente acarretam consigo o erotismo, levando, conseqüentemente, ao desvio das metas sexuais. Logo, na entrada da puberdade, há uma união entre elas por meio da corrente 'sensual', a qual já não se desvia de suas metas. Certamente, não deixa de trilhar os caminhos mais arcaicos e de investir libidinalmente os objetos primitivos da infância (FREUD, [1912] 1996).

Contudo, nesse ponto, estão à frente os percalços que foram postos pela barreira contra o incesto. Por causa disso, se esforçará para atravessar esses objetos e achar um caminho abreviado dentro das possibilidades para os demais objetos estranhos com os quais tenha a possibilidade de ter uma efetiva vida sexual (FREUD, [1912] 1996).

Esses novos objetos

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. Um homem deixará seu pai e sua mãe – segundo o preceito bíblico – e se apegará à sua mulher; então, se associam afeição e sensualidade. O máximo de intensidade de paixão sensual trará consigo a mais alta valorização psíquica do objeto – sendo esta a supervalorização normal do objeto sexual por parte dos homens (FREUD, [1912] 1996, p. 187).

A escolha pelo modelo das imagos dos objetos infantis remonta ao protótipo inconsciente de personagens, que orienta criteriosamente a maneira como o sujeito captura o outro. É decorrente das elaborações das primeiras relações intersubjetivas concretas e fantasmáticas com os familiares (LAPLANCHE, 1998).

Então, na perspectiva de Freud ([1912] 1996), são dois motivos que decidirão se o avanço no percurso do desenvolvimento da libido poderá falhar. O primeiro motivo consiste no *quantum* de frustração da realidade oposta à nova escolha objetal e, com isso, reduzir seu valor para a pessoa eleita. Por isso, não há sentido na decisão de uma escolha objetal se não há uma perspectiva de escolher algo adequado, ou se não há uma escolha totalmente permitida. O segundo motivo diz respeito à quantidade de atração que exercem os objetos infantis, que se espera serem deixados de lado, e essa atração é proporcional aos investimentos eróticos que se ligam a esses objetos em sua infância. Caso esses dois fatores sejam efetivos, entra em funcionamento o mecanismo geral do qual as neuroses se constituem.

A libido afasta-se da realidade, é substituída pela atividade imaginativa (o processo de introversão), fortalece as imagens dos primeiros objetos sexuais e se fixa nos mesmos. O obstáculo erguido contra o incesto, entretanto, compele a libido, que se transferiu para esses objetos, a permanecer no inconsciente (FREUD, [1902] 1996, p. 187).

A masturbação levada a efeito pela corrente sensual, que agora habita o inconsciente e contribui para o fortalecimento dessa fixação. Não há alteração nessa circunstância, caso o avanço que é retirado na realidade se complete na fantasia e nas ocasiões que levem à satisfação masturbatória. Ocorre, então, a substituição dos objetos sexuais originais por objetos outros diferenciados (FREUD, [1912] 1996).

Ao efetuar essa substituição, as fantasias se tornam acessíveis à consciência, porém não se realiza nenhum avanço na localização da libido na realidade. Com isso, pode ocorrer que a totalidade da sensualidade de um rapaz se una a objetos incestuosos no inconsciente, ou seja, aconteça uma fixação

em fantasias incestuosas inconscientes. O resultado disso pode aparecer por meio de um sintoma de impotência sexual (FREUD, [1912] 1996).

Uma importante contribuição teórica pós-freudiana para a compreensão da impotência sexual foi dada por Melanie Klein, que, apesar de ter atendido poucos pacientes com disfunção erétil, buscou, de forma incessante, no psiquismo humano, fantasias inconscientes e experiências que justificassem esse impedimento do desfrute sexual (FRANÇA, 2001).

Segundo França (2001), as contribuições teóricas de Klein sobre o tema poderiam ser sintetizadas de forma básica, no artigo de 1953 *A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado*.

As análises de meninos e homens confirmaram plenamente a concepção de Freud de que o medo da castração é a principal ansiedade masculina, mas reconheci que, devido à identificação arcaica com a mãe (a posição feminina que anuncia os estágios iniciais do complexo de Édipo), a ansiedade relativa a ataques ao interior do corpo é de grande importância nos homens, assim como nas mulheres, e influencia e modela de diversas maneiras seus medos de castração (KLEIN, [1953] 1991, p. 163-164).

Essas ansiedades às quais Klein se refere são a “[...] imagem assustadora do ‘interior’ do corpo da mãe, medo da retaliação da figura combinada (pai e mãe), o pênis identificado com fezes perigosas e cheio de urina má, a convicção do menino de conter o pênis mau do pai, a vagina como abertura perigosa” (FRANÇA, 2001, p. 100) e a “uma ratoeira envenenada”, expressão empregada por Klein.

Para França (2001), uma intensa fixação sádico-oral e sádico-anal repercute nas profantasias (que, segundo Freud, são heranças filogenéticas) e aumenta o ódio do menino pela figura materna. Essa mãe, portadora do seio que nutre e receptora das fezes do

menino, é representante de uma mãe castradora.

Na obra Kleiniana é abundante o material ilustrativo proveniente dos atendimentos clínicos com crianças, de

[...] fantasias nas quais o pai, ou o próprio menino, estraçalha a mãe, espancando-a, arranhando-a, cortando-a em pedaços, entre outros relatos. Exemplos de uma concepção infantil da relação sexual (KLEIN, [1927] 1996, p. 204).

Portanto, pode ser que a identificação do menino com a mãe corresponda a uma conduta de rivalidade perante a mulher – uma mistura de ódio e inveja. O ponto central é que as fantasias inconscientes infantis repercutirão na vida adulta e contribuirão para a manifestação da impotência e outros problemas sexuais (FRANÇA, 2001).

No homem, a inveja do seio da mãe é também um fator muito importante. Se é intensa e, desse modo, a gratificação oral está prejudicada, o ódio e as ansiedades são transferidas para a vagina. Embora normalmente o desenvolvimento genital possibilite ao menino manter sua mãe como um objeto de amor, uma perturbação profunda na relação oral abre caminho para dificuldades graves na atitude genital em relação às mulheres. As consequências de uma relação perturbada, primeiro com o seio e depois com a vagina, são múltiplas, tais como o prejuízo da potência sexual [...] (KLEIN, [1957] 1991, p. 232-233).

O complexo de feminilidade elaborado por Klein e presente nos meninos está fincado no nível sádico-anal, dando-lhe um novo elemento: o desejo de gerar filhos por meio de um órgão peculiar de fecundação, gravidez e parto, derivado do sentimento de desvantagem e inferioridade do menino em relação à mãe, bem como o desejo de aniquilar os filhos que existem no interior da mãe. Como consequência, origina-se o medo de

ser castigado por destruir o corpo materno: “[...] medo de que seu corpo seja mutilado e desmembrado, e esse pavor também signifique a castração” (KLEIN, [1932] 1997, p. 219). Essa ansiedade coloca o menino à mercê de um supereu tirano que sofre influências das fixações sádicas e que mutila, devora e castra (FRANÇA, 2001).

É, ademais, de grande importância para o resultado final do desenvolvimento do menino o fato de sua vida mental arcaica ter ou não sido dominada por um medo dos pais combinados na cópula e formando uma unidade inseparável hostil a ele (KLEIN, [1932] 1997, p. 260).

Para Klein, uma ansiedade dessa forma causa situações de perigo que equivalem às fontes mais fundas da impotência sexual: as fantasias de que internamente, em seu corpo, a mulher teria um “museu de horrores”, um ambiente devastado (FRANÇA, 2001).

Essas situações de perigo específicas surgem do medo que o menino tem de ser castrado pelo pênis do pai dentro da mãe – isto é, de ser castrado pelos pais maus combinados – e de seu medo, muitas vezes evidenciado, de que seu próprio pênis seja impedido de retroceder e de ser trancado no interior do corpo da mãe (KLEIN, [1932] 1997, p. 260).

Na teoria kleiniana, os primórdios do conflito edípico são permeados pelo sadismo, e a defesa erigida pelo ego é direcionada contra o pênis do próprio menino, como órgão executor do sadismo, e contra o objeto agredido: o interior do corpo materno que possui o pênis do pai. Essa operação de defesa dupla pode neutralizar o pênis, extraindo seu poder bélico de atacar a vagina. O sadismo onipotente do pênis, que no imaginário infantil seria uma “varinha mágica”, e a culpa decorrente das práticas masturbatórias (que podem ser provenientes do medo da masturbação ou do excesso masturbatório) são

erigidas por Klein como um dos fatores que pode levar à impotência sexual.

Após a fase da feminilidade, no desenvolvimento do menino trava-se uma extensa luta entre as posições pré-genital e genital da libido, que se evidencia ainda mais no conflito edípico.

Muitas vezes o resultado da luta permanece indefinido, o que dá origem a problemas neuróticos e distúrbios da potência. Assim, a aquisição da potência total e a tomada da posição genital dependem em parte da solução favorável da fase de feminilidade (KLEIN, [1932] 1997, p. 221).

Por meio da análise de pacientes do sexo masculino, Klein percebeu que, ao diminuir o medo das fezes destruidoras, o medo das imagos más, o medo do corpo da mulher como um espaço de destruição, era fortalecida a potência sexual masculina, e o paciente teria a possibilidade de se identificar com seus objetos bons introjetados. A aquisição total da potência é decorrente do nível em que o menino é capaz de suportar a ansiedade de castração, permitindo o desenvolvimento do conflito edípico (FRANÇA, 2001).

Joel Dor (1991) teceu considerações sobre a temática da disfunção erétil, na qual defende a manifestação sintomática da impotência comum em homens histéricos, que também avigora uma compulsão ao fracasso. E mesmo que essa impotência seja total ou se manifeste por meio da ejaculação precoce, essa defesa é governada pelo mesmo princípio na relação com o sexo do outro. Ela encontra apoio no mesmo mecanismo imaginário que permite ao histérico confundir o desejo e a virilidade. Esse conflito origina-se de uma interpretação própria que o histérico constrói diante da demanda de uma mulher. Convém ressaltar que, mais do que uma interpretação singular feita pelo histérico diante da demanda de uma mulher, como sugere Joel Dor, podemos pensar que se trata de uma demanda do Outro, não necessaria-

mente uma mulher, pois a disfunção erétil também acomete casais homoafetivos.

O histérico percebe essa demanda como imposição de provar sua virilidade, isto é, como se na relação desejante houvesse a necessidade de justificar possuir o que supõe ser a demanda do outro: o falo. O homem histérico, ao se sentir não depositário desse objeto, responde ao outro do lugar de não ter pênis, de onde origina sua impotência. Essa confusão, que se revela entre a virilidade e o desejo, se refere à natureza objetual entre o pênis (o órgão) e o falo. Em sua economia desejante, possuir o pênis equivale a possuir o falo (DOR, 1991).

Dor (1991) ilustra essa problemática por meio da figura do *playboy*. Para a grande parte dos *playboys*, cada encontro inicial com uma mulher diferente solda-se pela sua impotência expressa. Esse enigma é desvendado no momento em que se distinguem os mecanismos inconscientes que operam nessa dinâmica. No *playboy* evidencia-se a conjunção de alguns traços sintomáticos que contribuirão na indução desse processo de impotência. Há, desde já e inconscientemente, uma relação muito prenha com a figura materna. Por esse viés, pode-se pensar a impotência como uma resposta à demanda inconsciente materna: ele está preso à mãe.

Por esse motivo, ele se arrisca em diversas experiências, em que o fracasso sexual mais ou menos parcial testemunha a ausência de mobilização de seu desejo por qualquer mulher. Outra forma de evidenciar que o histérico não tem o falo, pelo menos na medida em que a mãe dele deu a entender que talvez ela o tivesse. Da mesma maneira, ele pode entender por meio dela que ele é esse falo. Localiza-se aí uma configuração fálica habitual, pela qual na sua infância homens foram colocados na posição de objeto compensatório da carência materna (DOR, 1991).

A impotência aparece como um compromisso entre o que pode fazer o outro gozar (o que supostamente o outro exige como prova fálica) e a fidelidade à figura materna, com-

parecendo frente ao outro como um objeto representante e não como objeto capaz de realizar um encontro. De fato, esse processo se encontra traduzido na obsessão constante do *playboy*: possuir alguém, logo outros, num movimento de ter aquele e os demais. Ele investe no outro como um troféu para ostentar ser um homem viril e exibir isso diante de seus semelhantes, de forma competitiva, com aqueles que ele acredita terem o falo (DOR, 1991). Configura-se uma construção fantasmática: são os detentores da virilidade, que possuem o poder de fazer todos os outros gozarem.

Para Dor (1991), outra forma de manifestação da dinâmica psíquica histérica ligada à impotência é o fisiculturismo. O fisiculturista representa uma posição fálica permanente: por não ter o falo, este aparece de forma metafórica por meio do corpo. Nessa dinâmica, a associação pênis/falo se apresenta de outra maneira. O fisiculturista representa o pênis imaginariamente por meio de seu corpo inteiro. Com isso advém essa necessidade de constantemente querer confirmar sua potência muscular. Metaforicamente o músculo alude a uma ereção que repetidamente e de forma desagradável não se apresenta em tais sujeitos. O fantasma fálico se estabelece, então, de um modo particular: como o outro não pode gozar com um pênis comum, ele poderá gozar com o pênis musculoso, somente olhando para ele. O prazer incessante dos fisiculturistas em se exibir aponta para o fato de que essa mostra corporal, comum em concursos, equivale simbolicamente a uma competição de ereção de pênis.

Nasio (1991), ao tratar sobre o paradoxo da vida sexual do histérico, sugere que a inibição genital, em muitos casos, é um fator de aversão a qualquer contato carnal e não uma indiferença ante a sexualidade. Essa inibição sexual histérica significa não reclusão, mas o rechaço. Um rechaço bem peculiar em que afirma considerar um movimento histérico o sujeito, no qual uma oportunidade de excita-

ção sexual provocou nojo, havendo ou não a presença de sintomas somáticos.

E em outro momento, acrescenta o fato de que o enigma contraditório na histeria era a presença desse par de opostos: uma necessidade sexual desmedida e uma excessiva renúncia ao sexual. A erotização exacerbada global do corpo não genital se contrapõe a uma intensa aversão pela cópula genital.

Para Nasio (1991, p. 45),

[...] 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 da mulher de se deixar penetrar.

Seguindo o raciocínio de Nasio (1991), há um paradoxo evidente do histérico perante a sexualidade que marca uma contradição: por um lado, há homens e mulheres muito preocupados com a sexualidade, que erotizam todas as relações sociais, ao passo que há o sofrimento psíquico, mesmo não sabendo o porquê, pelo fato de terem que passar pela experiência do encontro genital com o sexo oposto.

Maria Virgínia Filomena Cremasco Grassi (2004), em seu livro *Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente*, apresenta algumas contribuições para se pensar acerca da articulação teórica entre a disfunção erétil e a histeria masculina. A autora faz um percurso teórico de determinados pontos da histeria que considera cruciais para o enlaçamento com o tema da impotência sexual. Desde o início da psicanálise o histérico é impotente. A autora lança os seguintes questionamentos:

- O histérico é sempre impotente?
- Todo impotente de etiologia psicogênica é histérico?

Imediatamente conclui que não. Todavia, não se deve contentar com afirmações objetivas. Na verdade, é importante indagar sobre o que é ser impotente e o que é a histeria masculina. Para se pensar a respeito de tais

indagações, é necessário entrelaçar e explicar algumas ideias e conceitos para se produzir uma discussão. Segundo a autora, François Perrier (1992) faz uma asseveração importante para início de contextualização (GRASSI, 2004).

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 (PERRIER, 1992, p. 67).

Freud iniciou a teoria psicanalítica por meio da escuta das históricas. Na Antiguidade, a histeria era considerada exclusiva do sexo feminino, por isso o termo *hystera* se remete a útero, além de se ligar às funções genitais. Hoje se percebe na clínica a frequência da histeria tanto em homens quanto em mulheres. Mas durante muito tempo a ênfase sempre recaiu sobre a histeria ligada ao feminino, e pouca atenção foi dada à histeria masculina (GRASSI, 2004). Essa ênfase de privilegiar a histeria ligada ao feminino persistiu durante o percurso de desenvolvimento da teoria psicanalítica entre alguns autores pós-freudianos (CECCARELLI; SILVA, 2016).

Desde Pierre Briquet, que considerava a histeria como uma “neurose do encéfalo” resultante de uma sensibilidade exacerbada do sistema nervoso, em que as mulheres teriam maiores predisposições porque seus encéfalos eram mais influenciados pelas emoções e, por isso, mais propensas à histeria, até depois de Briquet, continuou a ideia de que a histeria era predominantemente feminina, mas

por causa dessa suposta sensibilidade característica de seus nervos (COSTA, 1996).

A problemática da histeria masculina estava em considerá-la uma mulher, sem os atributos que eram esperados por um homem em relação ao seu sexo, proteção e força. Seria, então, avaliado na época vigente como um fraco (GRASSI, 2004).

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 trabalhadora e dos grandes investimentos do estado na infraestrutura necessária à expansão capitalista da Europa: 14 a 16 horas de trabalho diárias, de um lado, exército de reserva, de outro (COSTA, 1996, p. 82).

Grassi (2004) questiona o motivo que levou Charcot a problematizar se a histeria era mais predominante na mulher do que no homem, como se pretendeu na época, e o que levou a inseri-la entre suas etiologias a miséria, com todas suas manifestações cruéis. Caso isso fosse a marca da histeria, haveria a possibilidade de o homem hoje estar fora dela?

O homem histórico 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 ideias científicas. O histórico era um pária, e o que interessava à medicina como à higiene era o homem-pai e a mulher-mãe da família burguesa (COSTA, 1996, p.83).

Apesar de a histeria ligada aos homens ser presente na história, a histeria feminina foi mais atraente aos estudos médicos, posto que a histérica não encarnava o ideal de feminilidade burguesa, em que o modelo vigente de mulher maternal era enaltecido. Por isso,

a histérica era considerada uma “antimãe” e uma ameaça para o ordenamento social. Já o homem histórico não constituía uma ameaça para o ordenamento social, nem era considerado uma espécie de “antipai da burguesia”, mas sim um alheio às regras, que não interferia na raça e na moral das classes vigentes da época (MARAZINA, 2005).

Segundo Costa (1996), o homossexual ocuparia o lugar de oposto da “antimãe da burguesia”, uma contrapartida político-sexual da histeria feminina, resultando no des-caso com a histeria desses operários, mendigos, trabalhadores, etc. Por isso, a questão científica se direciona para a homossexualidade, essa imagem contrária à do homem-pai (daí ser inicialmente considerada, de forma equivocada, uma perversão) assim como a histérica, por causa de seus ataques, era considerada uma antimãe burguesa, e não era apta a cuidar da família.

Na atualidade, na escuta do sujeito na clínica psicanalítica, o sofrimento psíquico manifestado na histeria se apresenta também com novas roupagens, embora seus traços peculiares estejam presentes.

Para Christopher Bollas (2000):

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 ideias sexuais recalcadas, 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 ideias aos companheiros históricos. Embora haja outros que, na circunvizinhança dos distúrbios de caráter, compartilhem um ou mais traços destes acima mencionados, somente o histórico os reúne em uma única forma dinâmica (BOLLAS, 2000, p. 8).

E quanto ao histérico que atualmente procura um consultório de psicanálise? Para François Perrier (1992), algumas questões que levam um homem histérico a procurar um atendimento psicanalítico estão ligadas à atividade sexual, e as mais clássicas são a impotência parcial ou total, a fobia e a angústia, além dos fracassos e das compensações, especialmente profissionais. Aponta que o evento clássico dentro dos problemas sexuais é a impotência parcial ou total. O sujeito se sentiria obrigado a tomar partido de seu sexo mesmo não podendo. E o partido de seu sexo não consiste para o histérico em seu desejo que o habitaria, mas na virilidade frente à demanda do Outro. Essa demanda teria força de uma lei, que ele não poderia admitir (PERRIER, 1992). Nesse contexto, o autor se questiona: fiasco ou ejaculação precoce? E em seguida responde:

No primeiro caso, o sujeito nos confessa, sem saber, que toda solicitação feminina, sendo para ele obrigação, ele não poderia responder a ela senão num “não tenho o falo” como denegação do ter peniano com o qual ele não sabe o que fazer... No segundo caso, o risco do ato assumido por ele se curto-circuita muito depressa na identificação imaginária à companheira sexual. A ausência da ejaculação antecipa o surgimento ameaçador de um gozo feminino do qual apenas um Deus, mestre da arma absoluta, poderia ser o incendiário de seu prazer olímpico (PERRIER, 1992, p. 82).

Esse dilema se instaura nos sujeitos que buscam em um ativismo meio repetitivo a solução baseada na experiência de um conflito que permanece inconsciente para eles. Outros se fixam no não dito e não visto da masturbação (PERRIER, 1992, p. 82).

O fantasma, dito perverso, sustenta uma busca erótica que tem, ao mesmo tempo, função de sabotagem do desejo em uma prática auto-castradora (PERRIER, 1992, p. 82).

As dificuldades da atividade sexual são o foco nesta discussão, posto que diversos homens que se submeteram ao processo psicanalítico evidenciaram inicialmente uma ou diversas queixas referentes à atividade sexual. São, com isso, todos históricos?

Grassi (2004) propõe que não se afirmaria isso, não para todos. Mas sustenta a ideia de que, na dinâmica psíquica da estruturação subjetiva, todos eles apresentam em grau variado traços típicos da histeria que aparentam ser um fator decisivo na contribuição, de certa forma, na determinação ou afirmação de seus sintomas.

Grassi (2004, p. 218) propõe que, se uma problemática sexual masculina se apresenta diante de nós e, ao ajustarmos nosso foco especialmente no que diz respeito à problemática de origem psicogênica, como disfunção erétil, ejaculação precoce, anorgasmia, etc., devemos focar, nos dizeres da autora, “nossa lente analítica” naquilo que se apresenta como histeria nesse sintoma.

É importante ressaltar que, independentemente da gênese da disfunção sexual, quando o sintoma se apresenta, os núcleos históricos do sujeito são ativados. Se for uma disfunção erétil de origem venoclusiva, isto é, quando apresenta um problema sanguíneo no pênis originado no sistema venoso de drenagem, o clínico saberá como conduzir o tratamento. Todavia, quando a atividade sexual do homem é desestabilizada, evoca reminiscências de seu atributo fálico; portanto, reativar a castração é evocar nesse sujeito a sua travessia edipiana e sua possível resolução ou não, com seu pai real. Para Grassi (2004), a potência no homem é um dos fatores que aponta o evento de sua ascensão à masculinidade, e o sintoma coloca isso à prova, independentemente de sua origem.

Muitas vezes, após a manifestação da impotência sexual, não importando sua gênese, diversos homens começam a apresentar sintomas psicopatológicos, como ansiedade, depressão, compulsões e fobia, entre outros. O que era bem estruturado diante da função

sexual de certa maneira se desestrutura em sua ausência, apesar de dizer ao paciente do caráter passageiro, de não ter ligação com seu estado emocional, como dizem muitos profissionais da saúde, na tentativa de amenizar as fantasias vinculadas à impotência ou emasculação que o paciente, de forma espontânea, leva ao consultório médico (GRASSI, 2004).

Muitas vezes os pacientes com disfunção erétil passam a ser ou se tornam impotentes em outras áreas da vida, além da genital. Essa impotência, conforme Grassi (2004), refere-se à implicação do sujeito como falha da masculinidade entrelaçada à disfunção e que, muitas vezes, mesmo com a melhora do sintoma, permanece habitando o psiquismo desses homens que foram acometidos pela disfunção erétil.

Grassi (2004) afirma que os núcleos histéricos são ativados pela impotência na disfunção erétil em uma variação de grau. Há homens que não estão enquadrados nessa travessia, mas que estão disfuncionais e não se percebem impotentes. Para a impotência, a histeria, em sua dinâmica psíquica ou traços, pode ser um modelo adequado para se compreender a disfunção erétil na psicopatologia.

Uma das definições atuais de histeria para condução desse tema é proposta por Nasio (1991, p. 15) em seu livro *A histeria: teoria e clínica*.

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.

O homem é histericizado com o sintoma sexual e sua relação com a pessoa real do pai. Para o histérico, mesmo o pai simbólico se apresentando onde deveria permanecer, sua principal questão é com o pai de carne e osso, o pai real que não é investido falicamente. Esse é o motivo pelo qual vai atrás desse falo em outro lugar, buscando com outros que supostamente têm o poder e que se constituirão como pais imaginários aos quais se submeterão como submissos à lei (GRASSI, 2004).

Para um desenvolvimento “normal” do complexo edípico, é preciso que o pai possua um pênis em funcionamento, válido e real, tenha a mãe (outro) como seu parceiro e que o pênis do filho, comparado ao do pai, seja insuficiente e ocasionalmente anulado no complexo de castração. Posteriormente, ele irá recuperá-lo ao estabelecer a posse de sua virilidade. Como se pode observar, o pai tem o papel de mediador (GRASSI, 2004).

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 (LACAN, 1957, p. 374).

4 Considerações finais

É relevante o pensamento de que a masculinidade não é algo transmitido ao sujeito de forma pronta e acabada embora muitas vezes essa ideia permeie nossa cultura e nossas teorias.

Não à toa, Bourdieu (1999, p. 36) defende:

Nesse afã de manutenção dessa dominação masculina, dessa determinada ideia de homem, houve o empenho em afirmar e reafirmar essa ideia de masculino, masculinidade e virilidade. Esses preceitos que constituem os elementos característicos do ser masculino, exigidos a esse homem, é, por assim dizer,

um ideal, uma construção. A virilidade, além do fato de ser uma construção, ser constantemente cobrada e ter a necessidade de ser sempre reafirmada, é o princípio de uma grande vulnerabilidade.

Essa vulnerabilidade leva muitos homens a sofrer psicologicamente por não se enquadrarem nesse ideal social de macho viril, em que um episódio de impotência sexual é visto como uma falha em sua masculinidade. Por isso, também é importante a compreensão de como esse homem construiu sua masculinidade e quais padrões permeiam essa construção, que também é ditada socialmente e permeia a constituição da subjetividade masculina.

Se Freud, em seus vários anos de estudos não sabia bem o que queria uma mulher e indagava Marie Bonaparte, hoje essa pergunta também se estende ao que quer um homem, isto é, o que é ser homem no século vigente.

A masculinidade, ou melhor, as masculinidades, devem ser estudadas e compreendidas dentro do contexto em que são construídas, e a psicanálise tem muito a contribuir com isso. Cumpre destacar a ênfase de Freud para o fato de que toda psicologia individual é antes de tudo social. Afinal, o que seria de nós sem o Outro?

Portanto, pode-se concluir que a disfunção erétil foi e é alvo de explicações e estudos desde os primórdios civilizatórios até os dias atuais. Com seu arcabouço teórico muito bem construído a psicanálise avançou nos estudos da psicopatologia desses sujeitos que se apresentam impotentes sexualmente. E, para além de seu sintoma, o psicanalista oferece ao sujeito uma escuta que possibilita viabilizar uma certa autonomia com a qual possa vir a se relacionar com seus sintomas, que adquirem um valor simbólico em seu percurso de análise.

Nas palavras de Nasio (1991, p. 34),

[...] é porque alguém me escuta e quer descobrir o enigma dos mal-estares de meu corpo

que esses mal-estares adquirem um sentido em minha história [...].

Um dos objetivos da psicanálise é escutar o sujeito para identificar sua dinâmica psíquica e os caminhos que a libido traçou, além de compreender por que o sujeito apresentou essa saída psíquica para denunciar um conflito psíquico inconsciente e, em alguns casos, até mesmo uma forma de “sobrevivência psíquica” (MCDUGALL, 1997).

Vale frisar que, embora diversos estudos já tenham sido realizados, ainda há muito que estudar sobre a impotência sexual, a histeria masculina e, de forma mais abrangente, sobre a sexualidade masculina.

Abstract

This article aims to carry out a bibliographical review on sexual impotence and male hysteria from the perspective of psychoanalysis. And for this, various theoretical perspectives within psychoanalytic theory, ranging from Freud (1856-1939) to post-Freudian and contemporary authors, were traversed to interweave psychoanalytic productions about men who present “erectile dysfunction” in their attempts at sexual intercourse, as well as Relationship between these “impotent men” and male hysteria. From the studies carried out, it was noticed that, certain theoretical points are elucidated according to the theoretical perspective adopted within psychoanalysis, however, all point to one factor: the unconscious psychic conflict that manifests itself through the symptom of sexual impotence.

Keywords: *Impotence, Male hysteria, Psychoanalysis.*

Referências

- BOLLAS, C. *Hysteria*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Tradução de Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- CECCARELLI, P. R. Considerações sobre a pesquisa em psicanálise. In: MELO P.; JUNIOR, M. (Orgs.). *Psicologia: diálogos contemporâneos*. Belo Horizonte: CRV, 2012, 137-145.
- COSTA, J. F. O referente da identidade homossexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- D'ANDREA, F. F. *Abordagem psicossocial da impotência masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.
- DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus, 1991.
- FERENCZI, S. *Interpretação e tratamento psicanalíticos da impotência psicosexual* (1908). Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-38. (Obras completas, 1)
- FRANÇA, C. P. *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). In: _____. *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos* (1901-1905). Direção geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 119-229. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).
- FREUD, S. Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor II) (1912). In: _____. *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos* (1910 [1909]). Direção geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 185-195. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 11).
- GRASSI, M. V. F. C. *Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2004.
- KARDOUS, P. *Impotência sexual: o real, simbólico e imaginário*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- KLEIN, M. Tendências criminosas em crianças normais (1927). In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 199-213.
- KLEIN, M. Os efeitos das situações de ansiedade arcaicas sobre o desenvolvimento sexual do menino (1932). In: _____. *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997, p. 213-257.
- KLEIN, M. A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado (1955). In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 149-168.
- KLEIN, M. Inveja e gratidão (1957). In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 205-267.
- LACAN, J. As calças da mãe e a carência do pai. In: _____. *O seminário, livro 4: a relação de objeto* (1956-1957). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. p. 362-380.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- MARAZINA, I. O espelho e os homens: considerações sobre os reflexos na masculinidade de hoje. *Revista da APOA - A masculinidade*, Porto Alegre, n. 28, p. 16-22, abr. 2005.
- McDOUGALL, J. *As múltiplas faces de Eros*. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1997.
- NASIO, J.-D. *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- PERRIER, F. *Ensaio de clínica psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992.
- SILVA, L. S.; CECCARELLI, P. R. Histeria e masculinidade em Freud e na contemporaneidade. *Estudos psicanalíticos*, Belo Horizonte, n. 45, p. 101-109, jul. 2016.
- WINTER, J. P. *Os errantes da carne: estudos sobre a histeria masculina*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

Recebido em: 13/05/2019

Aprovado em: 10/06/2019

Sobre os autores

Luan Sampaio Silva

Psicólogo Clínico. Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Aprimoramento em Psicologia Clínica Psicanalítica e em Clínica Psicanalítica com Crianças e Adolescentes. Pós-Graduando em Psicanálise com Crianças e Adolescentes: Teoria e Clínica (IPOG). Psicanalista em Formação pelo Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA). Membro do Laboratório de Desenvolvimento e Saúde (LADS/UFPA). Membro do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental (LPPF/UFPA). Preceptor/Supervisor Clínico de Psicologia Clínica de Abordagem Psicanalítica na Universidade da Amazônia (UNAMA).

Paulo Roberto Ceccarelli

Psicólogo. Psicanalista. Doutor em psicopatologia fundamental e psicanálise pela Universidade de Paris 7 – Diderot. Pós-doutor pela Universidade de Paris 7. Coordenador do Instituto Mineiro de Sexualidade (IMSEX <www.imsex.com.br>). Diretor científico do Centro de Atenção à Saúde Mental (CESAME <www.cesamebh.com.br>). Membro da Société de Psychanalyse Freudienne – Paris, França. Membro da Associação Universitária de Pesquisa em psicopatologia fundamental. Pesquisador do CNPq. Professor Adjunto IV da PUC Minas. Professor e orientador de pesquisas do mestrado de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/MP, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor e orientador de pesquisas na pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Sócio do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais (CPMG). Sócio fundador do Círculo Psicanalítico do Pará (CPPA).

Endereço para correspondência

Luan Sampaio Silva

E-mail: <psi_luansampaio@hotmail.com>

Paulo Roberto Ceccarelli

E-mail: <paulorcbh@mac.com>

