

Impulso Sexual Excessivo

Marciela Henckel

Introdução

O trabalho a seguir origina-se de uma vivência clínica num contexto hospitalar, no qual há alguns anos são desenvolvidos pesquisas e tratamentos para manifestações psicopatológicas na sexualidade. Entre estas manifestações encontram-se as diversas formas de sintomas, desde a falta de desejo, dor no momento do ato sexual, ejaculação rápida ou retardada, disfunção erétil, além de manifestações da ordem das parafilias ou dos chamados transtornos de identidade sexual. Trabalhei junto a este projeto cerca de quatro anos, originando-se deste e da participação no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, uma pesquisa de doutorado, sob o título “Impotência Sexual Masculina”, cuja versão completa se encontra no site do laboratório.

Recentemente (2010), o Prof. Dr. Marco Scanavino, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, vem desenvolvendo um trabalho com pessoas que buscam tratamento em função do que comumente é conhecido por compulsão sexual. Desse trabalho, construiu um projeto de pesquisa intitulado “Aspectos clínicos, psicopatológicos e comportamento sexual de risco dos sujeitos com Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, estudo caso-controle e de intervenção”, sob sua coordenação e com a colaboração de uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos e um médico clínico geral.

No ano de 2011 comecei a integrar a equipe como pesquisadora convidada, contribuindo com mais um olhar psicanalítico na construção de um pensamento sobre a referida clínica. Entrevistas individuais eram feitas com sujeitos que vinham com a queixa de um excesso na sexualidade, transbordando um mínimo de autocontrole. A partir das entrevistas era decidida a possibilidade do mesmo participar de um grupo psicoterapêutico orientado pelo coordenador do projeto.

Enquanto as entrevistas, os protocolos de pesquisa eram realizados, surgiam questões que escapavam o alcance da equipe e o propósito da pesquisa. Foi aqui que fui convocada para uma outra escuta, como a escuta de parceiras (os) de sujeitos com o chamado “impulso sexual excessivo”. É sobre esta situação clínica que pretendo discorrer aqui, trazendo um caso clínico e algumas questões que dele se originam.

Gostaria apenas ainda observar que, se num primeiro contexto de clínica e pesquisa, a partir do qual desenvolvi um texto sobre a impotência sexual masculina, predominavam manifestações sintomáticas da ordem do inconsciente e, portanto, dentro do campo das neuroses, como a histeria e a neurose obsessiva; aqui, onde encontramos as chamadas compulsões, ou impulsões, podemos avançar no pensamento clínico, tomando emprestada a idéia de Rabinovich (2004) sobre “patologias do ato”. Aqui, observamos o predomínio de configurações subjetivas nas quais um sujeito fica do lado do “eu não penso”, do lado do objeto, se tomamos como referência a fórmula do fantasma do Lacan, diferentemente do caso das neuroses em que se tem o sujeito na condição de “eu não sei”, manifestação do “ser onde não sou”, como característica da natureza do inconsciente freudiano.

Algumas observações a respeito de sujeitos com impulso sexual excessivo remetem às “patologias do ato”, não no sentido do ato falho, mas no sentido de um ato que implica uma aposta do sujeito sem Outro. Ou seja, como escreve Rabinovich (2004), observa-se

nesses pacientes que “há certa satisfação, às vezes direta, visível, à qual não podem renunciar” (p. 19). Seriam, assim, pacientes que no contexto da fórmula do fantasma laciano, não se situam do lado do sujeito barrado, no campo do sintoma, mas, sim, do lado do objeto, tomados por um impulso ao qual não podem renunciar e que os remete à função do auto-erotismo. Aqui, é comum uma relação com o outro que mais parece uma forma narcísica de busca de amor a si mesmo através do outro, do que de fato uma relação com um outro.

Tal observação inicial requer a elaboração de um projeto de pesquisa que permita avançar na problemática clínica referida. Perguntas como “o que estaria em jogo nesta eterna busca que no final de cada encontro deixa como resto um vazio?”, “qual a função do auto-erotismo na compulsão?”, “a relação erotomania e compulsão”, podem compor caminhos a percorrer para seu desenvolvimento.

Nossa intenção aqui é iniciar o desenvolvimento de um pensamento clínico a partir da escuta daquele que chega por estar do outro lado nesta história. Ou seja, relatamos aqui o caso Olga, esposa de um homem que se encontra em tratamento por causa do impulso sexual excessivo. Enquanto Mario, seu esposo, vive na fantasia, segundo ela, Olga vive na realidade. Seriam dois lados opostos? Dois lados de uma mesma moeda? Mario “come com os olhos”, como sugere Legrand Du Saulle, em “O erotismo”, citado por Magtaz (2008), que sugere a melancolia como distúrbio da oralidade. Olga “engole tudo”. Nosso caso aqui, enfim, é Olga, mas nessa escuta parece impossível deixar de escutar algumas vozes de Mario. Vamos à Olga.

Caso Clínico

Olga tem cinquenta e seis anos. Chega para atendimento a pedido de seu marido, em tratamento por impulso sexual excessivo. Há pouco mais de meio ano, Olga veio a descobrir o que há anos aparecia como um descontrole dos pensamentos, e que vinham associados a fantasias atormentadoras (de cunho existencial). Até então nunca soube exatamente do que se tratavam tais manifestações sobre as quais o marido Mario se quiexava, sabia apenas que apareciam como um excesso, trazendo sofrimento psíquico e interferindo no seu cotidiano.

Este é o segundo casamento de Olga. Separou-se do primeiro porque ele mantinha uso excessivo de álcool.

Quando chega até mim, já ultrapassara o primeiro momento seguido da reviravolta sofrida com a notícia. O que se prenunciava há mais de vinte anos, sobrepôs-se como uma catástrofe quando soube que o marido, além de experienciar fantasias de cunho predominantemente sexual, mantinha prazer em sustentar uma busca, um movimento de conquista em relação a outras mulheres, qualificando-se entre aqueles conhecidos como “sedutores”.

Embora sempre vivido de forma singular, observa-se que o primeiro momento, seguido da descoberta da compulsão sexual do parceiro, costuma ser descrito como uma experiência em que o sujeito se sente “sem chão”. Sem orientação, sem horizonte, perturba-se completamente em relação a sua própria “identidade”, seja ela enquanto mulher, feminina, amante, desejante, ou enquanto esposa, companheira, amiga.

Uma espécie de sentimento de vergonha se manifesta. “Como não fora possível ver isso antes?” Inúmeras perguntas surgem sobre quem é esse outro: traidor ou doente, ou quem sabe as duas coisas juntas? O relato de uma história de vida conjugal começa a

instigar uma atitude investigadora, num desesperado movimento de encontrar sentido e representação para a reviravolta vivida. “Essas mulheres se tornam verdadeiras especialistas em investigação, ratos de internet”, penso a partir da escuta de histórias comuns.

Olga, em meio à mistura de afetos de vergonha, susto, angústia, ódio, descobre uma doença. Naquele mesmo ano, um câncer de mama se manifesta, exacerbando sua vulnerabilidade, interrogando os sentidos da vida até o seu limite mais radical. Olga poderia morrer. Ao falar da doença, associa a mesma ao fato de “ter engolido”, por tanto tempo, “desaforos” e “humilhações” por parte de seu ex-chefe. “Engolia e nem percebia o quanto isso me fazia mal”. Engolia e nem percebia o que estava engolindo tanto tempo na vida. Neste momento, um empreendimento no cuidado de si requer um retorno da libido para o Eu, uma retirada do investimento libidinal no objeto, agora no sentido de busca pela cura. Uma circulação na economia libidinal é condição de possibilidade fundamental. Um resgate narcísico, diante desse rasgo do Eu. Como observa Freud (1914), “um egoísmo forte protege do adoecimento”, o que, é claro, não se mantém se enfim o sujeito não puder em outro tempo amar. Porque também “deve-se começar a amar para não ficar doente e deve-se adoecer quando não se pode amar em consequência de frustração” (p. 18). Em Olga, porém, o amor a si mesmo, força para o empreendimento de cura da doença, parece também perturbado, condição que pode empobrecer o Eu, esvaziando-o num caminho melancólico, auto-destrutivo, no qual o desejo mais intenso e bruto de ódio em relação ao outro, parece totalmente voltado para si mesmo.

A dor, que se manifesta a partir desta ruptura com o objeto amoroso, está entre as mais agudas aparições de sofrimento psíquico. A dor de amor, sobre a qual escreve Carvalho da Silva (2009), no livro sobre Erotomania, é o afeto que primeiro se pronuncia como mais agudo, intenso, atual, impedindo qualquer possibilidade de movimento acionado pela perspectiva de uma saída. A dor pelo ataque sofrido vindo do suposto objeto amado, paralisa, inibe.

Como observa o referido autor, no seu texto sobre *A dor de amor na medicina da alma da primeira modernidade*, citando Ribeiro, *Alívio de tristes e consolação de queixosos* (Manoel Da Sylva, 1648):

Não nego que a dor de verse hum esposo offendido de sua esposa, seja grande, a aflição penosa, áspera de sofrer, difícil de consolar, (...) com muito mayor razão se deve sentir a offensa causada da pessoa de quem mais se esperava o favor, a ingratião, de quem mais se esperava conhecimento, o agravo de quem se prometia o beneficio. (p. 77)

A dor, entretanto, não tarda em trazer o ódio. Ódio em relação ao que fora tanto tempo objeto de amor, de investimento libidinal, de depósito de confiança, de aposta em compartilhar uma vida. E o ódio é certo, não há dúvidas sobre ele. Se em relação ao amor, sempre estamos ao mesmo tempo diante de uma incerteza, dada sua condição ilusória, diante do ódio não temos dúvida. “O ódio (...) é imperioso, desconhece a dúvida e a incerteza, conhece seu alvo...” (p. 76, Pontalis, 1991).

E quando o alvo do ódio é o objeto de amor e desejo, como no caso de Olga, que destinos podem ser encontrados? Ele pode ser recalçado, o que significa que retorna. De outro modo, quando o horizonte se apaga e o sujeito se encontra sem perspectiva, sem futuro, como se os anos anteriores ficassem sem sentido, diante de uma ruptura do laço

conjugal que põe por terra o vivido tantos anos ao lado de alguém, o sujeito pode se deparar com uma condição que ganha uma forma melancólica. Aqui, o ódio ataca a si mesmo, volta-se para o Eu. O amor a si mesmo fica completamente abalado. O sujeito adocece.

No contexto de situações clínicas como essa, a aproximação entre amor e melancolia foi tema polêmico desde a Antiguidade, quando a melancolia era uma psicopatologia bastante difundida pelos médicos da época. Se entendermos como Freud (1930) que nunca nos encontramos tão vulneráveis como quando abandonados pelo objeto amoroso, se resgatarmos a idéia de um empobrecimento do Eu (1925), como nos estados de luto e melancolia, uma espécie de “melancolia amorosa” pode fazer todo sentido. Resgatando Altbauer-Rudnik (2006) pelo texto de Carvalho Silva (2009), tem-se que:

...os afetos melancólicos ocorrem apenas quando, por alguma razão, o amor não pôde ser consumado. O amor malgrado seca e esfria o corpo, provocando o domínio da bile negra ou melancolia. A atividade mental excessiva, devido aos pensamentos obsessivos sobre o objeto do amor, exacerba o domínio da melancolia, enquanto a perturbação emocional promove a difusão da bile pelo corpo todo, gerando mais desespero e sofrimento. (p. 58).

Num texto sobre *Melancolia erótica*, de Jacques Ferrand (1610), publicado no livro *Erotomania*, organizado por Berlinck e Berrios (2009), o autor observa que:

...o Amor é o princípio e a origem de todas as nossas alterações, e o compêndio de todos os transtornos da alma, pois se desejamos gozar do que nos agrada, seja belo realmente ou apenas em aparência, o chamamos afeição ou concupiscência. Se não podemos gozar dele é dor e desespero; se gozamos da coisa desejada, amor é considerado prazer e volúpia; se acreditamos poder alcançá-lo é esperança, e se acreditamos perdê-lo total ou parcialmente é ciúme.

Olga, num segundo tempo, mais erguida e restabelecida de sua doença, o câncer, decide pelo lugar da esposa, companheira e amiga de Mario. É quando os pensamentos obsessivos em relação ao esposo se manifestam, através da tentativa de identificar, desde o seu silêncio e olhar distante, “se ele está pensando naquilo” (sic). O ciúme se faz fortemente presente, dando espaço para uma tentativa de controle sobre a impulsividade. (idealismo)...impotência Como pensar, naquele momento, a manifestação deste ciúme intenso? Valemo-nos do texto de Carvalho da Silva (2009), citando Burton (1638):

...muitos consideram o ciúme uma causa, outros um sintoma da melancolia, por conta das fantasias suspeitosas que assombram igualmente os ciumentos e os melancólicos. Ele, por sua vez, pensa que o ciúme merece o *status* de paixão distinta e implica essencialmente o medo de que a pessoa amada esteja interessada em outra pessoa. Muitos ciumentos padecem de receios, tristeza, angústia, ansiedade e ódio pelos mais variados objetos (p. 59)

Sem entrar numa discussão se o ciúme pode ser o causador ou sintoma da melancolia, observamos apenas a relação entre eles, destacando as “fantasias suspeitosas

que assombram”, uma “paixão distinta”, que deixa o sujeito cego. Olga se percebe assim, quando afetada pelo ciúme não consegue enxergar mais nada pela frente e é tomada pelos pensamentos que inibem qualquer capacidade de discernimento que permita um julgamento da realidade. Aquilo é. E é quando em algum momento diz “Puxa vida! Deve ser assim que ele sente também! Agora eu consigo entender um pouco. A gente não tem o controle disso” (sic).

Antes de “entender”, porém, como diz Olga, entra justamente num funcionamento de controle em relação ao marido, atormentando, a partir de uma realidade psíquica violenta e desesperadora. Agora é ela quem “come com os olhos”, só que não com desejo, com fúria. Quando isso acontece, Mario identifica um “gatilho” (sic) para se deixar levar pelo impulso.

Ao mesmo tempo, Olga também é atravessada pelo medo, quando cai em si e pensa numa possível separação. “Um medo de ficar só, de não conseguir dar a volta por cima, de não se sentir segura... (sic)”. Aqui, lembramos o luto pela perda do cônjuge, parece ser um dos mais difíceis a serem realizados. Neste casamento, Olga recorda, “fui sempre eu quem fora a ousada, que arriscava, ele é que tinha mais medo de fazer mudanças, empreendimentos” (sic). Agora, fala de uma ousadia própria que significava uma aposta nos dois.

Com o ódio um pouco minimizado, o pensamento começa a dar lugar, espaço para a Olga mulher. É assim que entendemos que num terceiro tempo Olga começa a interrogar-se sobre sua posição feminina. O sentido do ciúme que a atravessa se amplia no sentido de reconhecer ali também uma insegurança em relação ao seu próprio corpo, e é disso que começa a falar: a falta de um seio, as “falhas” que supõe, o olhar que a si mesmo dirige, tentando ser influenciada pelo olhar do outro. O desejo passa pelo desejo de desejar, passa pelo se sentir desejada, mas isso parece não perceber.

Um dia, no final de uma sessão, diz que quer me dizer algo e fala: “eu notei uma coisa. Quando começamos aqui, você disse que não tinha um modelo, que era para eu ir falando e que, com o tempo, eu ia perceber mudanças, sem necessariamente estar ciente disso. E é mesmo! Eu percebi que eu mudei em relação a como eu vivia a minha doença, sempre como um fantasma. Eu nem sei como, mas isso está diferente dentro de mim e eu queria te contar porque queria te agradecer” (sic).

Se algum deslocamento neste sentido foi possível, observamos por outro lado, restos de uma existência sofrida que retornam pela fala. “Eu sou muito realista” (sic), chega dizendo um dia. “Ele é quem vive na fantasia!” (sic). Olga se refere a dois posicionamentos que se fixam cada um em uma extremidade, porém, a pergunta que aqui se pode fazer é se o realista também não se torna um idealista, dada sua crença numa apreensão de realidade tão precisa. Se assim for, estamos então diante de duas posições ideais. Uma, na qual o sujeito acometido pelo impulso sexual excessivo vive de representações ideais, de situações ou de objetos; a outra posição, a de Olga, como dito anteriormente, que vive com a crença de uma possível apreensão da realidade.

Uma última palavra: certo dia, Olga chega muito triste, contando que foi ao médico e que ele disse para ela “nunca mais comer doce, como medida de prevenção do câncer” “Nunca mais?”. “Como assim?”. “A ideia de nunca mais é insuportável para mim”. “Como eu vou passar a viver sem um docinho?” (sic).

Talvez aqui possamos pensar que reconhecer o “insuportável do nunca” ou levar à risca a prescrição médica do “nunca”, permitam seguir por outros caminhos deste terceiro tempo de resgate do olhar de Olga para si mesma.

Referências:

BERLINCK, M. T. Apresentação. In: BERLINCK, M. T. e BERRIOS, G. E. (Org.). *Erotomania*, Ed. Escuta, São Paulo, 2009.

CARVALHO DA SILVA, P. J. A dor de amor na medicina da alma da primeira modernidade. In: BERLINCK, M. T. e BERRIOS, G. E. (Org.). *Erotomania*, Ed. Escuta, São Paulo, 2009.

FERRAND, J. Melancolia erótica. In: BERLINCK, M. T. e BERRIOS, G. E. (Org.). *Erotomania*, Ed. Escuta, São Paulo, 2009.

FREUD, S. (1914). Sobre a introdução do narcisismo. Trad. Luiz Fernando Lofrano de Oliveira, Max de Araújo Götze e Sofia Schneider. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Edição não comercial.

_____ (1926). *Inibição, sintoma e angústia*. Trad. Luiz Fernando Lofrano de Oliveira, Max de Araújo Götze e Sofia Schneider. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Edição não comercial.

_____ (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1987, v. XXI.

MAGTAZ, Ana Cecília. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. www.psicopatologiafundamental.org

PONTALIS, J.-B. Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1991.

RABINOVICH, D. *Clínica da pulsão – as impulsões*. Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 2004.

SCANAVINO, M de T, Ventuneac A, Abdo CHN, Tavares H, Amaral MLS, Messina B, Reis SC, Martins JPLB, Parsons JT. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry Research* [under review].