

O corpo no RSI

Jairo Gerbase

Vou continuar examinando como o sujeito maneja o corpo em função das estruturas clínicas, neurose (histeria, obsessão e fobia) e psicose (paranoia, esquizofrenia e elação), em sua relação com as dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário (RSI).

Considero RSI uma ferramenta mais amigável que IES (Id, Ego e Superego), a qual o próprio Freud¹ utilizou para discernir neurose e psicose. Lembremos que ele disse que a neurose é resultante de um conflito entre o Ego e o Id, e a psicose um desfecho análogo entre o Ego e o mundo externo. São metáforas de sua época.

Consultei o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) e o Código Internacional de Doenças (CID)² que nomeiam a histeria de conversão com o termo “transtornos dissociativos ou de conversão”, o que me pareceu interessante porque, em seguida, distinguem este tipo de transtorno dos transtornos somatoformes, entre eles, as somatizações.

O critério é tratar a conversão como dissociação, o que destaca, em primeiro lugar, a divisão subjetiva. O corpo experimenta sintomas físicos, mas o sujeito se comporta como se isto nada tivesse a ver com ele, comporta-se com uma bela indiferença em relação ao sintoma.

Mais interessante ainda é a definição de conversão: os sintomas traduzem a ideia que o sujeito faz de uma doença física; o exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico conhecido, o que quer dizer que eles obedecem a uma anatomia imaginária.

Quis chamar esses sintomas de efeitos imaginários (I) do significante (S_1) no corpo, efeitos I de S_1 , exatamente porque não há evidência de sintoma físico. O sujeito sente dor, mas não há evidência de transtorno físico da sensação. O sujeito acusa esquecimento, mas não há evidência de transtorno físico da memória.

Por outro lado, continuo chamando de efeitos I de S_1 às somatizações em vista do fato de também incidirem no corpo. Corpo e Imaginário são análogos. Se disser que o Ego é a ideia de si como corpo, posso ampliar a analogia. Se afirmar que o Ego é narcísico, que é a imagem do corpo, amplifico ainda mais. Assim, estabeleço uma relação de homologia entre Corpo, Imaginário, Ego e Narcisismo.

O sintoma de conversão é dissociativo, na medida em que o sujeito observa o sintoma em seu corpo como se fosse o corpo do Outro.

A definição de somatização como repetição de sintomas físicos as-

¹ Freud, *Neurose e na psicose* ([1924]/1976, p. 189).

² *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, s/d.

sociados à busca persistente de assistência médica, em que pese ao fato de não haver base orgânica, difere, de algum modo, da definição de conversão, porém é insuficiente para que se possa dizer que o sintoma de conversão é imaginário, e o sintoma de somatização, simbólico.

Entre os transtornos somatoformes, além da somatização, o manual inclui a hipocondria, a que já estamos habituados a tratar como efeitos reais do significante no corpo, efeitos R de S_1 , fala do órgão.

Proponho, inicialmente, designar a somatização de efeito Imaginário do significante no corpo, efeito I de S_1 , mas pretendo terminar demonstrando que se trata de efeito Simbólico do significante no corpo, efeitos S de S_1 . Freud induziu-nos a discernir os sintomas físicos na conversão, na somatização e na hipocondria, ou seja, na histeria, na obsessão e na esquizofrenia.

Alguém pode dizer que seu queixo não tem boa forma, que é disforme, ou que sua boca é grande demais e que seu nariz é adunco. Trata-se de dismorfofobia, de uma deformação topológica do corpo, que induz o sujeito a pensar que é feio, que devia fazer uma plástica. Por causa de seu nariz, ele foi objeto de *bullying*, seus colegas o chamavam de periquito. Ou diz que seu rosto está cheio de cravos, de espinhas, que vive a espremê-los constantemente e, por isso, seu rosto está cada vez mais ferido e mais feio.

Freud nos ensinou a diferenciar um sintoma histérico de um obsessivo ou de um psicótico ou, em outras palavras, a distinguir conversão, somatização e hipocondria, ou fala do órgão. Não é possível fazer o diagnóstico diferencial sem uma hipótese teórica.

Designo de Imaginário o modo histérico de o sujeito do inconsciente tratar o corpo falante, dizendo que, se o sintoma somático for de conversão, trata-se de efeito Imaginário do significante no corpo, efeito I de S_1 . Se se tratar de somatização, é efeito Simbólico do significante no corpo, efeito S de S_1 . E, por fim, no caso de hipocondria, trata-se de efeito Real do significante no corpo, efeito R de S_1 .

Sabemos que o obsessivo também apresenta sintomas somáticos e, se prestarmos atenção à definição, notaremos que os sintomas somáticos estão classificados como transtornos somatoformes. Isto quer dizer que parecem, tomam a forma de sintomas somáticos; não são sintomas físicos imaginários, porém sintomas físicos reais, sem base orgânica; são sintomas físicos motivados por uma dimensão simbólica.

Alguém sofre de colite porque pensa que contraiu AIDS. Isto ocorre em função de uma fantasia elementar da estrutura obsessiva que é o temor de contaminação. Até meados do século XX, um mesmo sujeito poderia pensar que contrairia sífilis.

Um rapaz evita a relação sexual com sua namorada, aparentemente, por causa do tabu da virgindade; adiante, esclarece que sua precaução tem a ver com o temor de contaminação. O fato de ter-se iniciado com uma prostituta justifica sua erotofobia. Ainda que as

lembranças da repressão não fossem verdadeiras, o sujeito inventaria um mito, uma forma épica de dar conta da estrutura.

Um sintoma somático pode, portanto, ser interpretado na dimensão imaginária como um sintoma histérico, na dimensão simbólica como um sintoma obsessivo, e na dimensão real como um sintoma psicótico.

Teríamos, assim, conversão histérica, efeito I de S_1 , se o sujeito inventar uma anatomia imaginária: uma apendicite, cuja dor se localiza na fossa ilíaca esquerda; uma somatização obsessiva, efeito S de S_1 , se o sujeito der forma somática a um pensamento obsessivo: uma colite, cuja base é um temor de contaminação; e, por fim, hipocondria esquizofrênica, ou fala do órgão, efeito R de S_1 , se o sujeito inventar uma anatomia irreal: os olhos entortados, representando a hipocrisia.

Talvez possamos ratificar essa diferenciação dos sintomas físicos em cada dimensão por intermédio dos mecanismos de defesa, das operações significantes em jogo; diríamos que os efeitos I de S_1 são resultantes do recalque, da elisão de um significante, que sofre conversão em sintoma somático; poderíamos afirmar ainda que os efeitos S de S_1 são decorrentes da holófrase, forma de isolamento, ao impedir que um significante se articule a outro significante ($S_1 \rightarrow S_2$), forma de congelamento, de coalescência de um significante com outro ($S_1 S_2$), que sofre transdução em sintoma somático: por exemplo, na esclerodermia, palavra-frase, *mot-valise*; e, por fim, poderíamos asseverar que os efeitos R de S_1 são a consequência da forclusão, da preclusão de um significante que retorna desde fora, incidindo na cinestesia do corpo, como fala do órgão, hipocondria.

É possível dizer que a somatização é uma holófrase, porém não é claro dizer que esse sintoma e mecanismo pertencem à estrutura obsessiva, porque o que chamamos de obsessão são ideias, pensamentos. Isto, contudo, está de acordo com a ideia de dimensão simbólica incidindo no corpo, porque pensamento é corpo.

A dimensão imaginária e a dimensão simbólica incidem, igualmente, no corpo. Em um e outro caso há coincidência entre palavra e coisa, o que não acontece na hipocondria. Contudo, o fato de um sintoma somático sustentar-se em uma ideia obsessiva me leva a afirmar que se trata de um sintoma distinto da conversão, e que é efeito simbólico do significante no corpo, portanto um sintoma somático do sujeito obsessivo.

Do lado do mecanismo, a distinção entre efeito imaginário e simbólico do significante no corpo também é difícil de ser feita porque, tanto a formação substitutiva ou fobia, quanto a formação reativa ou obsessão, ou ainda a formação sintomática ou histeria são todos modos do recalque.

Relembremos o argumento: a dimensão imaginária é o modo

histérico de o sujeito do inconsciente tratar o corpo; a dimensão simbólica, modo obsessivo de o sujeito do inconsciente tratar o corpo; e a dimensão real, modo psicótico de o sujeito do inconsciente tratar o corpo.

O efeito imaginário da incidência do significante no corpo advém do recalque. O recalque incide sobre uma ideia, um significante e retorna sob a forma de um sintoma somático, sintoma de conversão, cuja principal característica é a divisão subjetiva, tratando o corpo próprio como se fosse de outro; é comportar-se com indiferença em relação ao sintoma. Sofrer de enxaqueca e tratar como sintoma físico, não fazer relação com o significante recalcado.

O que chamo de efeito imaginário é o retorno do recalcado; o recalcado retorna simbolizado em um sintoma somático; o sintoma é então uma frase simbólica. A neuralgia facial de Cecília representa uma bofetada no rosto.

Certamente, o recalque é o mecanismo comum ao sintoma histérico e ao sintoma obsessivo, mas a diferença está no retorno do recalcado. No primeiro caso, obedece a uma anatomia imaginária, e no segundo, a uma anatomia real, porém sem base orgânica. O recalque é simbólico, mas seu retorno é imaginário. Isto está enodado e apenas desenodamos para podermos enunciar.

A pergunta que me interessa é: devemos tratar a conversão, a somatização e a hipocondria como sintomas físicos distintos? Podemos relacioná-los, didática e respectivamente, ao imaginário, ao simbólico e ao real?

No modo imaginário, no modo histérico, o recalcado retorna no corpo como conversão; no modo simbólico, no modo obsessivo, retorna no pensamento, que é corpo e, secundariamente, como somatização.

O esquema seria mais aceitável se disséssemos que o efeito imaginário do significante no corpo é a conversão, que o efeito simbólico do significante no corpo é a obsessão, e o efeito real do significante no corpo é a hipocondria. Porém, a complexidade do esquema está em dizer que os obsessivos também apresentam sintomas físicos, o que corresponde ao que chamamos somatização.

Os sintomas físicos da histeria obedecem a uma anatomia imaginária, isto é, não têm evidência de um sintoma físico conhecido, ao passo que os sintomas físicos da obsessão não estão em desacordo com a fisiopatologia. Por exemplo, a somatização de uma hipertensão implica aumento da pressão sanguínea, embora não haja base orgânica para tal, o que induz à demanda persistente de assistência médica.

Procurei diferenciar os sintomas físicos na histeria e na obsessão com base no retorno do recalcado, ideia presente na obra de Freud, que opõe neurose e psicose com um esquema análogo, ao afirmar que ambas começam com a perda da realidade e distinguem-se com relação ao retorno à realidade, por intermédio da fantasia ou do delírio.

Procurei, igualmente, distinguir a histeria e a obsessão quanto ao mecanismo do recalque, fazendo-os depender, respectivamente, da formação sintomática e da formação reativa. Numa postulação a mais, propus distinguir o recalque do isolamento, tratando este último sob o termo da holófrase, para justificar a somatização como um sintoma obsessivo.

Poderia contentar-me em dizer que há efeitos imaginários e simbólicos no corpo, como a conversão e a somatização, e efeitos reais no corpo, como a hipocondria, e que os primeiros obedecem ao mecanismo do recalque e o segundo ao mecanismo da forclusão. Entretanto, insistirei adiante no discernimento das modalidades do recalque na conversão e na somatização.

Referências Bibliográficas

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Organização Mundial da Saúde. São Paulo: EDUSP, s/d.

FREUD, Sigmund. [1924] Neurose e na psicose. *Edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XIX.

Resumo

O autor examina como o sujeito maneja o corpo em função das estruturas clínicas: neurose e psicose. Faz uma segunda relação entre este manejo e as dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário (RSI). Considera RSI uma ferramenta mais amigável que IES (Id, Ego e Superego) para discernir neurose e psicose. Propõe designar o modo histérico de o sujeito inconsciente tratar o corpo falante, de efeito Imaginário do significante no corpo (efeito I de S_1); o modo obsessivo de o sujeito do inconsciente manejar o corpo falante, de efeito Simbólico do significante no corpo (efeito S de S_1) e, por fim, o modo paranoico de o sujeito do inconsciente operar com o corpo falante, de efeito Real do significante no corpo (efeito R de S_1).

Palavras-chave

Corpo; estruturas clínicas (histeria, obsessão, paranoia); Real, Simbólico e Imaginário; Id, Ego e Superego.

Abstract

The author examines how the subject handles the body in light of the following clinical structures: neurosis and psychosis. A second connection between this handling and dimensions of the Real, the Symbolic, and the Imaginary is made. The author considers RSI a friendlier tool than IES (Id, Ego, and Superego), in order to differentiate neurosis from psychosis. The work proposes to designate the hysterical mode of the subject of the unconscious used to treat the speaking body, of Imaginary effect from the significant on the body (effect I of S_1); the obsessive mode through which the subject of the unconscious handles the speaking body, of Symbolic effect of the signifier on the body (effect S of S_1) and, finally, the paranoid way the subject of the unconscious operates the speaking body, the effect Real of the significant on the body (effect R of S_1).

Keywords

Body; clinical structures (hysteria, obsession, paranoia); Real, Symbolic, and Imaginary; Id, Ego, and Superego.

Recebido

15/11/2010

Aprovado

10/12/2010