

A relação do neurótico obsessivo com seu corpo

Gabriel Lombardi

O sintoma, nó e tempo da estrutura subjetiva

Em psicanálise, muitos progressos conceituais se desgastam e se esterilizam mais ou menos rapidamente com o uso. Para revitalizá-los é conveniente levar em consideração os escotomas e a surdez parcial que induziram. Quero, em primeiro lugar, chamar a atenção sobre os efeitos da concepção que cristaliza uma oposição entre o sintoma clinicamente manifesto e a estrutura oculta. Por um lado, dá à estrutura uma profundidade que somente é produto de uma psicologização da psicanálise – consistente em supor uma espessura sincrônica a algo do qual só temos certeza de que se desdobra na diacronia da cura. O inconsciente é menos profundo do que inacessível para o aprofundamento consciente, assinala Lacan,¹ e é *lasciate ogni speranza* à entrada de *A Psicanálise e seu ensino*. Em uma análise não se trata tanto de aprofundar, mas de abrir os sentidos do sintoma, os sentidos falsos, os que se apoiam nos ideais e na fantasia, os que podem cair e deixar lugar à raiz do sintoma que alcança o real e que conserva um sentido inclusive aí.

Por outro lado, esperando o fundamental no oculto, essa concepção favorece o desconhecimento do sintoma naquilo que tem de mais evidente e define seu tipo clínico. Uma vez cristalizada a oposição entre sintoma manifesto e estrutura oculta, tudo se confunde. Diagnostica-se, por exemplo, uma histeria por meio das fantasias ou dos temas (a outra mulher), e as definições básicas não são consideradas: histeria quer dizer conversão, histeria quer dizer – na leitura de Lacan – que se mente ao parceiro mediante a inscrição do sintoma no corpo; em outras palavras, quando o sintoma se inscreve no corpo encontra-se apto ao laço social. Será necessária uma análise, claro, para conseguir que a Dora de plantão revele sua participação no sintoma por meio de sua cumplicidade com o Outro e com a Outra, de sua concepção oral do polegar e da mulher – se conhece chupando –, de sua apelação, via fricção, à orelha do irmãozinho e logo do analista. Mas o que faz de Dora uma histérica é o lugar onde seu sintoma se inscreve. O corpo, não o pensamento nem a conduta como na neurose obsessiva, não o organismo como no sintoma hoje chamado psicossomático, não o delírio fora de curso como na hipocondria.

¹ Lacan, *A psicanálise e seu ensino* (1957/1998, p. 438).

Isso não impede sustentar em cada caso a pergunta de Freud, qual é o sintoma?, nem encorajá-lo para que dê manifestações mais claras e explícitas de seu texto e dos sentidos que expressa. A histerica, mesmo que saiba que *diz* com o corpo, não sabe *o que* diz com o corpo, não sabe o sentido nem sequer o texto daquilo que se escreveu no corpo, na cercania de outra entidade de superfície que é a borda pulsional. Freud explica que o neurótico obsessivo também desconhece o texto das representações obsessivas que o atormentam, nem Hans, o menino fóbico, sabe o que, exatamente o que, lhe dá tanto medo. Mesmo quando já se diagnosticou o tipo clínico, a pergunta qual é o sintoma? merece ser sustentada ao longo do tratamento. A espessura do sintoma não é sincrônica, é diacrônica. Concebê-la assim permite evitar suposições inúteis, e deve-se conceber a estrutura não na profundidade, mas nos desdobramentos e redobramentos do tempo.

Há outro traço essencial do sintoma que somente o tempo permite situar: o que Freud chamava seu “traço conservador”, que faz dele não somente um elemento definitório, mas também definitivo da estruturação do sujeito. No historial de Dora, Freud escreveu:

Já constatamos que, com bastante regularidade, um sintoma corresponde simultaneamente a diversos significados; acrescentemos agora que também pode expressar diversos significados sucessivamente. No decorrer dos anos, um sintoma pode alterar um de seus significados ou seu sentido principal, ou então o papel principal pode passar de um significado para outro. Há como que um traço conservador no caráter das neuroses: uma vez formado, se possível, o sintoma é preservado, mesmo que o pensamento inconsciente que nele encontrou expressão tenha perdido seu significado. (...) Muito mais fácil do que criar uma nova conversão parece ser a produção de vínculos associativos entre um novo pensamento carente de descarga e o antigo, que já não precisa dela. Pela via assim facilitada flui a excitação da nova fonte excitante para o antigo ponto de descarga, e o sintoma se assemelha, segundo as palavras do Evangelho, a um odre velho repleto de vinho novo.²

² Freud, *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905[1901]/1996, p. 58).

Isso leva Freud a conjecturar que somente em um sentido prospectivo uma terapia é causal; ela não incide sobre os sintomas já produzidos – ravinas incuráveis – no máximo, previne a formação de outros novos. A vigência desse traço conservador é irrefutável mesmo cem anos depois de sua descoberta, confirma-se hoje a partir dos resultados obtidos no dispositivo do passe. Uma vez vazio das significações que lhe dá a fantasia, o velho odre persiste, boquiaberto e disposto a ser cheio com novos sentidos. Vale dizer que não toda exigência pulsional pode ser tramitada e satisfeita em ato,

porque resta sempre uma margem de pulsão insatisfeita que sintomatiza uma parte do gozo na vida de qualquer um. Até mesmo o Picasso mais extraordinariamente capaz de sublimação, em algum momento do dia, padece o pulsional – não o atua, o padece. Por que não aconteceria ao ex-neurótico que, mesmo curado em sua análise, mesmo se adquiriu a aptidão de analista, *permanece sujeito* boa parte de seu dia, não vive permanentemente na destituição subjetiva requerida por seu ato de analista?

O obsessivo e o corpo

A definição de gozo proposta por Lacan – o gozo é a relação do ser falante com seu corpo³ – permite vislumbrar por que o histérico é o analisante por excelência. O sintoma histérico reúne duas condições inigualáveis: a primeira é que, desde o início, está inscrito então no lugar do gozo – o corpo –, a segunda é que se trata de um sintoma social capaz de enlaçar-se com o desejo do Outro. O sintoma histérico é, por isso, aberto à interpretação.

Muito diferente é o caso da neurose obsessiva, que é “um assunto particular do enfermo”. O sintoma e o lugar do gozo aparecem divorciados, incomunicáveis um a respeito do outro, e, quando um e outro se aproximam nas associações, emerge uma angústia que contrasta com a bela indiferença da histérica. O sintoma obsessivo não enlaça os corpos, na verdade os isola. É excelente a caracterização dessa neurose que Freud faz em *Inibição, sintoma e angústia*, na qual mostra até que ponto o corpo e o estilo associativo são duas coisas indissociáveis.

Todos verificamos por experiência que é especialmente difícil para um neurótico obsessivo levar a efeito a regra fundamental da psicanálise. Seu ego é mais atento e faz isolamentos mais acentuados (...) Enquanto o neurótico está empenhado em pensar, seu ego tem de manter muita coisa afastada — a intrusão de fantasias inconscientes e a manifestação de tendências ambivalentes. Ele não deve relaxar, mas está constantemente preparado para uma luta. Ele fortifica essa compulsão a concentrar e a isolar mediante a ajuda dos atos mágicos de isolamento que, sob a forma de sintomas, se desenvolvem, passando a ser tão dignos de nota e a ter tanta importância prática para o paciente, mas que são, naturalmente, inúteis em si e que têm a natureza de cerimoniais. Mas *nesse esforço para impedir associações e ligações de pensamento, o ego está obedecendo a uma das ordens mais antigas e fundamentais da neurose obsessiva, o tabu de tocar. Se perguntarmos a nós mesmos por que a evitação do tocar, do contato ou do contágio deve desempenhar papel*

³ Lacan, *Seminário O saber do psicanalista* (inédito, aula do dia 2 de dezembro de 1971). Lacan afirma também que não há outra definição possível do gozo que a anunciada: é a relação do ser falante com seu corpo.

relevante nessa neurose e deve tornar-se o tema de complicados sistemas, a resposta é que o toque e o contato físico são a finalidade imediata das catexias objetivas agressivas e amorosas. Eros deseja o contato porque se esforça por tornar o ego e o objeto amado um só, por abrir todas as barreiras espaciais entre eles. Mas também a destrutividade, que (antes da invenção de armas de longo alcance) só poderia efetivar-se de perto, deve pressupor contato físico, em engalfinhamento. *‘Tocar’ uma mulher* tornou-se um eufemismo para utilizá-la como um objeto sexual. Não *‘tocar’ os órgãos genitais* é a expressão empregada para proibir a satisfação autoerótica. Visto que a neurose obsessiva começa por perseguir o toque erótico e depois, após ter-se verificado a regressão, passa a perseguir o toque erótico à guisa de agressividade, depreende-se que nada é tão fortemente proscrito nessa doença como o tocar, nem tão bem adequado para tornar-se o ponto central de um sistema de proibições. *Mas isolar é remover a possibilidade de contato; é um método de evitar que uma coisa seja tocada de qualquer maneira.* E quando um neurótico isola uma impressão ou uma atividade interpolando um intervalo, ele está deixando que se compreenda simbolicamente que ele não permitirá que seus pensamentos sobre aquela impressão ou atividade entrem em *contato associativo* com outros pensamentos.⁴

⁴ Freud, *Inibição, sintoma e ansiedade* (1926[1925]/1996, pp. 122-123).

A regra fundamental da psicanálise ordena ao obsessivo associar livremente, mas ele somente pode relatar, atar semanticamente os significantes, isolá-lo do contato genuíno que se encontra camuflado pelos procedimentos de significação. A ação do analista consiste em impulsioná-lo, mediante o corte e a interpretação, a associar mais livremente, incitá-lo à histerização. No laço social analítico, o sintoma é convocado a apresentar-se na dimensão do corpo a corpo, do corpo falado. “Pude abraçá-lo, mas não dizer-lhe que o quero”, diz uma paciente obsessiva. Explicar assim que sua retenção, seu isolamento, não é tanto do contato físico, do contato exterior, mas do contato significativo, que é pulsional e íntimo – por ele os corpos se tocam desde o interior.⁵ O contato de que fala Freud é, ao mesmo tempo, contato associativo e contato dos corpos afetados pelo pulsional da linguagem. Incitar o obsessivo à histerização é incitá-lo, ao mesmo tempo, a uma mudança em relação a seu corpo.

⁵ Para o ser falante, justamente por ser *falante*, a pulsão invocante é a pulsão fundamental. No campo libidinal, o significante é uma torção de voz, e a pulsão é “no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (Lacan, *Seminário 23*, 1975-76/2005, p. 18).

Enquanto o obsessivo traz somente um relato, seu corpo fica isolado, não é associação que libera as possibilidades simbólicas do corpo. E o sintoma continua intacto, literalmente. Seja que o cultive ou que o esqueça, que o exhiba ou o que oculte, o corpo do obsessivo permanece então no imaginário, a distância da junção entre simbólico e real em que se desenrola a verdadeira dialética analítica, a qual pode incidir efetivamente no sintoma. E ali permanece até quando se revele esse núcleo de histeria que Freud indicou no sin-

toma obsessivo. Esse núcleo não é profundo, é exterior; e somente pode ser percebido a partir de uma mudança no estatuto do corpo, mudança que se produz ao falar de outra forma. É essa Outra forma de falar, a da associação livre, que pode produzir a passagem do corpo imagem – *i(a)* minúsculo – do obsessivo ao corpo como lugar de inscrição – *A* maiúsculo – como funciona na histeria. A análise deve produzir essa passagem do corpo completo – completamente esquecido no imaginário – ao corpo funcionalmente fragmentado, mas capaz então de chegar, pela senda propriamente analítica, à junção do simbólico com o real, de mostrar o sulco conversivo que reconduz o significante à borda pulsional do corpo.

Quando se revela a raiz somática do sintoma, o obsessivo não o vivencia com indiferença nem beleza, senão como entregando o pior de si e brincando de tudo ou nada com sua conhecida ambivalência: o que havia de beleza no corpo transforma-se em merda, o que havia nele de boa forma transforma-se em um abominável buraco. Essa passagem é imprescindível, porém, para que a tortura mental e a conduta do obsessivo passem de uma questão alheia à análise – a de que o analista só assiste a um relato exterior – a algo que se joga efetivamente no laço analítico. Não são pouco frequentes os sintomas digestivos ou intestinais no obsessivo, mas a forma mais peculiar de histerização nessa neurose é a que Lacan chama “angústia anal”, um sintoma que, por afetar diretamente uma borda pulsional, presentifica da maneira mais patente a causa angustiante do desejo. Leio um comentário de Lacan a respeito:

Essas tentativas, por mais audaciosas, complicadas, requintadas, exuberantes e perversas que sejam para atingir seu objetivo, são sempre marcadas por uma condição original. Ele sempre precisa fazer com que elas sejam autorizadas. É preciso que o Outro lhe peça isso. Aí está a mola do que se produz num certo momento de virada em toda análise de obsessivos. Na medida em que a análise sustenta uma dimensão análoga à da demanda, persiste alguma coisa, até um ponto muito avançado – será que ele é ultrapassável? – dessa forma de fuga do obsessivo. Pois bem, vejam quais são as consequências disso. Na medida em que a evitação do obsessivo é o encobrimento do desejo no Outro pela demanda no Outro, o *a*, objeto de sua causa, vem situar-se onde a demanda é predominante, ou seja, no estágio anal, no qual o *a* não é, pura e simplesmente, o excremento, porque é o excremento enquanto demandado. Ora, nunca se analisou nada da relação do objeto anal dentro destas coordenadas, que são as verdadeiras.⁶

⁶ Lacan, (1962/63). *O Seminário, Livro 10: A angústia* (1962-63/2004, p. 319).

A angústia anal, essa conversão imperfeita, está no meio do caminho entre o sintoma histérico e a angústia pura e simples, que é o sentimento de reduzirmo-nos ao corpo.⁷ Lacan explica que a análise

⁷ Lacan, J. *La tercera* (1974/2007).

de um obsessivo levada até a emergência dessa angústia delimitada no somático não ocorre quase nunca, mas, quando ocorre, “num ponto que deve ser situado como um ponto-limite, a angústia aparece com um caráter de dominação, como um núcleo irreduzível, e é quase impossível controlá-la em alguns casos”.⁸ A distinção entre demanda e desejo é nesse ponto tão decisiva quanto difícil de se produzir, mostra o abismo existente entre a histeria e a obsessão histerizada.

Nesse ponto da análise, trata-se de sustentar a distinção entre a demanda falsamente alojada no Outro, por regressão da dominância do orifício anal, e o desejo que vem do Outro, o qual angustia o neurótico, mas é o único que lhe pode permitir ir além desse ponto de fixação. Isso supõe um “atravessamento” do emprego fundamental da fantasia ($\$ \langle a \rangle$), se permite reconduzir a demanda (enquanto exigência pulsional) desde o Outro às cercanias topológicas do corpo ($\$ \langle D \rangle$). Não posso desenvolvê-lo aqui, mas pode-se mostrar que isso implica que o objeto *a* seja extraído do Outro e se situe de um modo não neurótico: como causa do desejo do Outro.

A esse ponto não se chega sem uma “histerização” tal que permita aproximar a matéria do pensamento à borda pulsional do corpo. Será possível vislumbrar incidentalmente até que ponto é questionável a metáfora vulgar segundo a qual o obsessivo pensa com a cabeça – que, estranhamente ocorre, opõe ao corpo, como se a cabeça não fizesse parte dele. A neurose obsessiva mostra, ademais, que o sintoma é o nó da estrutura subjetiva e que, longe de se opor ao pulsional, é sua continuação e seu pathos. A raiz pulsional do sintoma faz parte do sintoma, mesmo que esse não se reduza a ela. Em sua expressão mínima – aquela que aponta a análise – o sintoma é a pulsão, mais o sujeito que dela padece.

Em síntese, a revelação da inserção pulsional do sintoma é um momento decisivo da análise do obsessivo, marca um antes e um depois. Esse depois é, geralmente, mais aberto ao desejo, menos inibido e, em alguns casos, abre a possibilidade do verdadeiro efeito terapêutico da psicanálise, não sugestivo e pós-didático: a destituição subjetiva considerada em sua salubridade. Colette Soler observou, porém, que algumas análises podem chegar a essas coordenadas de histerização do obsessivo e não avançar mais além. Refere haver encontrado em seu trabalho nos cartéis do passe o que chama de *histerias de saída de análise em casos de neurose obsessiva*:

Uma quase-histeria final, no lugar da destituição subjetiva, quer dizer que, ao invés de renunciar, o sujeito absolutiza sua diferença subjetiva, manifestamente a título de última defesa. É que nada obriga o sujeito a consentir com a destituição. Ele pode, ao contrário, tentar anulá-la, seja coagulando-se como emblema do Outro, seja eternizando o grito de sua verdadeira dor não renunciada; qualquer

que seja o modo, pelo gesto ou pela vociferação, tratar-se-á sempre de gozar de ser sujeito.⁹

⁹ Soler, *Trois fins* (1990, p. 494).

As pulsões são nossos mitos, dizia Freud. Porém, desde que podemos entender, com Lacan, que a exigência significativa toma corpo nos orifícios do corpo, elas não nos parecem tão míticas. O que permanece mítico, mas não por isso menos real, é a referência ao pai, ineliminável do sintoma neurótico, presente nesse elemento tabu do sintoma que afeta o contato com o corpo próprio e com o corpo do Outro.

Tradução: Maria Cláudia Formigoni

Referências bibliográficas

- FREUD, S. (1905). *Fragments da análise de um caso de histeria*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 7).
- FREUD, S. (1907). *Atos obsessivos e práticas religiosas*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 9).
- FREUD, S. (1908). *Caráter e erotismo anal*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 9).
- FREUD, S. (1909). *O homem dos ratos*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 10).
- FREUD, S. (1913). *Predisposição à neurose obsessiva*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 12).
- FREUD, S. (1913). *Totem e tabu*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 13).
- FREUD, S. (1925). *Inibição, sintoma e ansiedade*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. 20).
- LACAN, J. (1957). A psicanálise e seu ensino. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- LACAN, J. (1962/63). *O Seminário, Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

- LACAN, J. *Seminário O saber do psicanalista*. Inédito, aula do dia 2 de dezembro de 1971.
- LACAN, J. (1974-75). *O Seminário, Livro 22: R.S.I.* Inédito.
- LACAN, J. (1974). La tercera. *Intervenciones y textos 2*. Manantial: Buenos Aires, 2007.
- LACAN, J. (1975/76). *O Seminário, Livro 23: O sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005, aula do dia 18 de novembro de 1975.
- LOMBARDI, G. (2002). *El empleo fundamental de la fantasía en la neurosis. Hojas Clínicas* (JVE ediciones, Buenos Aires), vol. 5.
- MAZZUCA, R. y colab. Tekné (1987). *Curso de Psicopatología* (Tekné, Buenos Aires), vol. 5.
- SOLER, C. (1990). “Trois fins”. *Retour à la passe*. FCL. Paris. 2000.

Resumo

Neste trabalho busco extrair algumas consequências da oposição entre a conversão como sintoma com o qual o histérico chega a se vincular socialmente, e o sintoma do neurótico obsessivo que, nos dizeres de Freud, é “um assunto particular do enfermo”. Enfatizo algumas dificuldades específicas que o obsessivo encontra para o cumprimento da regra fundamental, indagando sobre os fundamentos estruturais de tais dificuldades e sua coerência com o isolamento entre o sintoma e o corpo do obsessivo. O sintoma obsessivo – em princípio uma série de transtornos no pensamento ou na conduta – pode encontrar em uma análise uma elucidação de sua raiz somática e, com isso, uma chave para discernir sua inserção na estrutura subjetiva. O tabu do contato, além do elemento contato (com corpo próprio, com o corpo do Outro), inclui o tabu que, por meio do sintoma, sustenta a dominância de um real mítico, acaso nunca totalmente eliminável da realidade do ser falante, mas especialmente prevalente nessa neurose.

Palavras-chave

Neurose obsessiva, sintoma, corpo, histerização, pulsão.

Abstract

The objective of the present study is to extract some consequences from the opposition between conversion as symptom to which the hysterical person clings socially, and the symptom of the obsessive neurotic that, for Freud, “is the patient’s private matter [M1]”. Specific difficulties which the obsessed uses to carry out the fundamental rule are highlighted, questioning the structural fundamentals related to such difficulties and its coherence with the isolation between the symptom and the body of the obsessed. The obsessive symptom – at first, a series of disruptions in thought and behavior – can, in an analysis, come across an elucidation of his/her symptomatic root. With this, a key to discern his/her insertion in the subjective structure. The contact taboo, besides the element contact (with his/her own body, with the Other’s body), includes the taboo which, through the symptom, sustains the dominance of a mythical real, never completely able to be eliminated from the reality of the speaking being, but especially prevailing in such a neurosis.

Key words

Obsessive neurosis, symptom, body, hysteria, pulsing.

Recebido

20/11/2010

Aprovado

17/12/2010

