



Variantes da neurose tipo¹

Paula Duarte Félix de Souza

Orcid: [0000-0001-5337-8224](https://orcid.org/0000-0001-5337-8224)

Psicanalista

Doutora em Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG (Belo Horizonte, Brasil)

Psicóloga na Atenção Básica da Prefeitura de Belo Horizonte (Belo Horizonte, Brasil)

E-mail: paula270515@gmail.com

Resumo: Na obra de Sigmund Freud, é possível localizarmos outra teoria da neurose que não está ancorada na existência de sintomas oriundos do processo defensivo próprio ao recalque, como pudemos verificar na constituição da neurose de caráter e das neuroses atuais. A evidência de tal problemática, presente já na elaboração teórica freudiana, nos leva à atualidade de nossa clínica. Na prática psicanalítica contemporânea, nos deparamos, cada vez mais, com fenômenos sintomáticos que não correspondem a sintomas propriamente ditos. O fenômeno da obesidade para alguns sujeitos evidencia uma forma de defesa inconsciente primária, mais arcaica, sem a produção de conflito psíquico e não sendo possível a satisfação da pulsão por meio do sintoma. A obesidade pode ser localizada como uma variante da neurose.

Palavras-chave: Defesa; Neurose; Sintoma; Variantes; Obesidade.

Variantes de la névrose type: Il est possible de localiser, dans l'œuvre de Sigmund Freud, une autre théorie de la névrose qui n'est pas ancrée dans l'existence de symptômes issus du processus défensif propre au refoulement, comme nous avons pu vérifier dans la constitution de la névrose de caractère et des névroses actuelles. L'évidence d'une telle problématique, présente déjà dans l'élaboration théorique freudienne, nous conduit à l'actualité de notre clinique. Dans la pratique psychanalytique contemporaine, nous sommes confrontés, de plus en plus, à des phénomènes symptomatiques qui ne correspondent pas à des symptômes proprement dits. Le phénomène de l'obésité pour certains sujets met en évidence une forme de défense inconsciente primaire, plus archaïque, sans la production de conflit psychique, n'étant pas possible la satisfaction de la pulsion par le symptôme. L'obésité peut être localisée comme une variante de la névrose.

Mots clés: Défense; Névrose; Symptôme; Variantes; Obésité.

Variations of type neurosis: In Sigmund Freud's work it is possible to locate another theory of neurosis that is not anchored in the existence of symptoms arising from the defensive process at work in repression, as we could see in the constitution of the character neurosis and in the current neuroses. The evidence of such a problem, already present in the Freudian theoretical preparation, takes us to the present day of our clinic. In contemporary psychoanalytic practice, we are increasingly faced with symptomatic phenomena that do not correspond to symptoms themselves. The phenomenon of obesity for some subjects is evidence of a primary, more archaic form of unconscious defense, without the production of psychic conflict, and in which it is not possible to satisfy the drive through the symptom. Obesity can be located as a variant of neurosis.

Keywords: Defense; Neurosis; Symptoms; Variants; Obesity.

Variantes da neurose tipo

Paula Duarte Félix de Souza

Introdução

O título deste artigo foi formulado visando abordar e investigar manifestações múltiplas e distintas da neurose "clássica", sem que desconsideremos que continuam existindo os neuróticos clássicos, a histeria e a neurose obsessiva. Esses sujeitos continuam demandando análise e se fazendo presentes com suas questões. Entretanto, por meio da prática analítica na saúde pública e em consultório particular, verificamos, cada vez com mais frequência, o surgimento de fenômenos sintomáticos que parecem pertencer a neuroses em que o sintoma como retorno do recalcado não se evidencia. Essas manifestações constituem, a nosso ver, variações da neurose tipo.

Deparamo-nos com alguns casos nos quais os fenômenos sintomáticos em questão não se apresentavam como sintomas oriundos do mecanismo de defesa conhecido como recalque. Havia uma forma de defesa em funcionamento para alguns sujeitos neuróticos que não resultava na produção de sintomas propriamente ditos. Verificamos a existência de uma clínica da neurose aquém do recalque presente já na obra freudiana, a partir do estudo de algumas noções teóricas construídas por Sigmund Freud. Foi possível situar o encontro de Freud com formas de manifestação da subjetividade na neurose que não respondiam à fórmula da neurose até então estabelecida por ele e que também, nesses casos, o tratamento era possível, mas que deveria se adequar às características da doença.

Logo, foi possível ainda situar as variantes da neurose tipo como similares, em estreito parentesco em termos de sua constituição, à problemática do caráter formulada por Freud e desenvolvida pelos pós-freudianos como as chamadas por eles "neuroses de caráter". Além da problemática apresentada pela noção de caráter, a formulação freudiana a respeito das neuroses atuais também evidenciou o encontro de Freud na clínica com essas variantes. O recalque não é o mecanismo próprio das mesmas. Iremos localizar ~~agora~~, de forma sucinta, passagens e desenvolvimentos teóricos na obra freudiana que apontam para uma teoria da neurose fora do enquadre do recalque, ainda que Freud não tenha postulado dessa forma suas observações.

Neuroses atuais e o Caráter: neuroses sem sintoma

Retomando a *Conferência XXIV*, de 1916-1917, a respeito das neuroses atuais, Freud diz haver uma decisiva diferença entre os sintomas das neuroses "atuais" e os das psiconeuroses. Freud (1916-1917/1976a) afirma que, em ambos os casos, os sintomas se originam de empregos anormais da libido, mas que os sintomas das "neuroses atuais" (pressão intracraniana, sensações de dor, esquecimento ou inibição de uma função), em especial, não teriam nenhum "sentido", nenhum significado psíquico. São ~~em~~ manifestações predominantemente corporais, processos somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complexos mecanismos mentais já conhecidos na formação das psiconeuroses:

Se, nos sintomas da psiconeurose, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na

atuação psíquica da função sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses “atuais” as consequências somáticas diretas dos distúrbios sexuais. As neuroses “atuais” [...] mostram uma inconfundível semelhança com os estados patológicos que surgem da influência crônica de substâncias tóxicas externas e de suma suspensão brusca das mesmas – as intoxicações e as situações de abstinência. (Freud, 1916-1917/1976a, p. 452).

Interessante verificar, após essa passagem do texto, que Freud (1916-1917/1976a) não localizava nas neuroses “atuais” o funcionamento inconsciente conhecido por ele por meio da prática psicanalítica. Freud (1916-1917/1976a) apontou que havia íntima conexão clínica dessas neuroses com as psiconeuroses. Existe uma notável relação entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses, o que oferece mais uma importante contribuição ao estudo das neuroses:

[...] um sintoma de uma neurose “atual” é frequentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico. Uma relação dessa espécie pode ser observada com muita nitidez entre a neurastenia e a neurose de transferência, conhecida como “histeria de conversão”. Tomemos como exemplo um caso de dor de cabeça ou dor lombar histérica. A análise nos sintomas mostra que, pela condensação e pelo deslocamento, o sintoma tornou-se satisfação substitutiva de toda uma série de fantasias e recordações libidinais. Mas essa dor, em determinada época, era também uma dor real e era, então, um sintoma sexual-tóxico direto, expressão somática de uma excitação libidinal. (Freud, 1916-1917/1976a, p. 455).

Abordaremos agora o caráter na teoria psicanalítica no que ele demonstra de satisfação pulsional desconectada de uma pergunta que cause enigma para o sujeito, ou seja, como algo distinto do sintoma. O caráter exemplifica, a nosso ver, a descrença no inconsciente recalcado que se apresenta em muitos pacientes, talvez com cada vez mais frequência. No entanto, é preciso que estejamos atentos para que uma leitura a partir do ideal edípico não desqualifique esses sujeitos, pois essa é a condição para a sobrevivência de uma possibilidade de tratamento psicanalítico.

Caráter é um termo que, na obra de Freud, aparece de forma dispersa, não tendo uma presença contínua, e não podemos dizer que haja uma teoria do caráter propriamente dita, diferentemente do que podemos observar com relação à pulsão ou ao sintoma. No entanto, Freud concede, em alguns de seus textos, razoável importância a essa noção.

Em *A disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose*, Freud (1913/1969) deixa claro que as mesmas forças pulsionais operam na neurose e no desenvolvimento do caráter. Contudo:

No campo do desenvolvimento do caráter, estamos sujeitos a encontrar as mesmas forças pulsionais que encontramos em operação nas neuroses. Mas uma nítida distinção teórica entre

as duas se faz necessária pelo único fato de que o fracasso do recalque e o retorno do recalado – peculiares ao mecanismo da neurose – acham-se ausentes na formação do caráter. Daí os processos da formação de caráter serem mais obscuros e menos acessíveis à análise que os processos neuróticos. (Freud, 1913/1969, p. 406).

A partir desse trabalho, observamos Freud (1913/1969) apresentar distinção extremamente importante em termos teóricos, situada no fato de que a solução psíquica defensiva existente na construção do caráter é vista como alternativa à neurose. A neurose se instalaria caso essas excitações fossem totalmente contidas mediante o mecanismo do recalque e encontrassem solução por meio do sintoma. Portanto, a diferença entre neurose e formação de caráter não é dada pelas forças pulsionais em jogo, mas sim pelos destinos da pulsão, os quais são tributários das defesas em operação. Ou seja, há no caráter uma insuficiência do mecanismo defensivo do recalque e, conseqüentemente, da produção de derivados deste.

Na *Conferência XXXIV*, intitulada *Explicações, aplicações e orientações* (1932/1976b), Freud aponta que a eficácia terapêutica da psicanálise permanece tolhida por numerosos fatores de peso e dificilmente abordáveis. Mais uma vez a força da pulsão parece estar no centro das dificuldades. Determinada relação de dependência ou um componente pulsional especial podem ser demasiado poderosos em comparação com as forças opostas que somos capazes de mobilizar. Outra limitação aos êxitos da análise, de acordo com Freud, tem relação com a forma da doença. Mais uma vez, notemos que ele indica que as anormalidades de caráter teriam se desenvolvido no lugar das neuroses de transferência: “O campo de aplicação da terapia analítica se situa nas neuroses de transferência – fobias, histeria, neurose obsessiva –, e, além disso, as anormalidades de caráter que se desenvolveram em lugar dessas doenças”. (Freud, 1932/1976b, p. 189).

Ao percorrermos brevemente essas importantes passagens da elaboração freudiana sobre a formação das neuroses, notamos que, ainda que o autor não tenha se detido mais longamente nesse ponto, Freud constatou por meio de sua prática clínica que ocorriam dificuldades na constituição do recalque e na formação do sintoma para alguns indivíduos. Haveria, assim, neuroses sem sintomas resultantes do processo de defesa como na histeria, na neurose obsessiva e na fobia. Podemos situar fenômenos como as neuroses atuais e as neuroses de caráter como algumas dessas variantes da neurose tipo nas quais a defesa na forma de recalque não se constitui. Nesse sentido, podemos tomar a neurose como paradigma da própria neurose já na obra freudiana ao localizarmos exceções dentro do campo de definição do sintoma e, conseqüentemente, da neurose. O caráter, como resistência, é uma experiência do real, diferentemente do sintoma, formação do inconsciente, que é uma experiência do simbólico.

O tratamento analítico, conforme esclareceu Freud, deve sempre levar em conta as características da doença em questão. Esta orientação a nosso ver se mantém mais atual do que nunca em nossa clínica contemporânea.

Obesidade: corpo como armadura que defende o sujeito, mas não o representa

Nomeamos os fenômenos sintomáticos distintos da neurose com sintomas observadas na histeria, fobia e neurose obsessiva como "variantes da neurose tipo". Localizamos na obesidade², para alguns sujeitos, uma importante variante da neurose atualmente. Os fragmentos clínicos do tratamento psicanalítico de sujeitos obesos em unidade básica de saúde, consultório particular e casos da literatura psicanalítica evidenciaram a impossibilidade por parte desses sujeitos de produzir sintomas pela via metafórica, o que explicitou o desvario pulsional em jogo, em que os atos se sobrepõem ao dizer. O modo de apresentação psíquica nesses pacientes mostrou o funcionamento de uma defesa de aspecto primário e rígido.

Neste artigo, abordaremos fenômenos clínicos que têm um estatuto sintomático, que são manifestações sintomáticas aquém do recalque, investigando o que deste mecanismo já não responde em termos de manifestação do sofrimento psíquico. Importante ressaltar que, na investigação realizada em nossa pesquisa de mestrado³, abrimos a questão dos casos de transtornos no campo da oralidade. Portanto, optamos, na pesquisa realizada em nossa tese e cujo primeiro capítulo apresentamos neste artigo, por nos manter nesse fio do gozo oral e suas perturbações. Por essa razão, aqui nos restringiremos a manifestações sintomáticas como a obesidade que, cabe ressaltar, não pode ser considerada como uma categoria clínica. A obesidade, tão frequente hoje, parece evidenciar o funcionamento do gozo oral como forma que o sujeito encontra para se defender do real.

Como poderemos observar por meio dos fragmentos clínicos, trata-se, certamente, de soluções patológicas; soluções que podem levar à morte, a suicídios não violentos. Estamos, mais precisamente, às voltas com tratamentos produzidos pelo sujeito, mas não objetivados, sobre os quais é preciso realizar outro tratamento que torne possível uma subjetivação, visando assim "produzir" o inconsciente, a fim de desativar a inclinação autodestrutiva que atravessam esses pacientes.

Dadas as conjunturas de desencadeamento desses quadros, é possível localizar algumas invariantes estruturais e alguns nós essenciais. Estes têm relação com a dificuldade do sujeito em tratar simbolicamente tanto as experiências traumáticas de perda, quanto as experiências, não menos traumáticas, de manifestação do desejo como carga pulsional excessiva, como gozo incontrolável. Pretendemos em nosso artigo nos servir da análise desses fenômenos sintomáticos, cada vez mais avassaladores, para verificar o funcionamento de um gozo não envelopado pelo recalque, de uma forma de defesa primária e radical.

A demanda por tratamento cirúrgico da obesidade tem crescido no Brasil e no mundo todo. Recebemos no SUS, no atendimento do serviço de Psicologia em Unidade Básica de Saúde e na clínica particular, muitos pedidos de avaliação e laudos psicológicos visando compor uma documentação que "permitiria", do ponto de vista psíquico, a realização desse tipo de intervenção. Também temos recebido, via SUS, muitos encaminhamentos de pacientes oriundos do Centro de Especialidades Médicas (CEM) que estão na fila para realizar o procedimento cirúrgico do município de Belo Horizonte. Muitas vezes,

a via cirúrgica é interpretada por pacientes e mesmo por alguns profissionais da saúde como uma solução final para o ato de comer compulsivamente. A oportunidade e o desejo de acompanhar como analista esses sujeitos em sua busca por soluções para seu gozo, que não atentem contra sua vida, têm sido um trabalho muito desafiador e rico.

Caso Selma⁴

O fragmento de caso que apresentaremos a seguir suscitou muitas questões relativas à prática e teoria psicanalíticas nessa área de pesquisa. As manifestações psíquicas prevalentes apresentadas pela paciente se restringiam inicialmente e de modo marcante aos atos em detrimento de uma queixa ou sintoma. Essas manifestações pareciam responder mais a um uso maciço do corpo como defesa, uma posição caracteropática e uma neurose de caráter em detrimento de uma neurose sintomática, ou com sintomas "clássicos", resultantes do recalque. Portanto, mais permeáveis à associação livre e à produção de sentido. Os desafios no manejo do tratamento, advindos dessa forma de o sujeito e de outros se apresentarem, resultaram no desejo de realizarmos a investigação sobre o tema.

Esse tratamento teve início em uma instituição pública. A paciente⁵ foi encaminhada para avaliação psicológica pelo cirurgião que acompanhava seu caso, pois havia recebido a indicação de realizar a cirurgia bariátrica devido a seu quadro de obesidade mórbida. Inicialmente, ao tê-la recebido enquanto psicóloga do Serviço, o pedido feito pela paciente foi de um laudo psicológico que lhe autorizasse realizar a cirurgia. Frente a essa solicitação, propus que ela me contasse um pouco de sua vida. De início, disse-me que já havia tentado todas as dietas e remédios para emagrecer sem sucesso e que, por isso, queria um laudo para realizar a cirurgia bariátrica que havia sido indicada.

Logo no começo dos atendimentos, ficou nítida a dificuldade para dizer algo sobre si mesma, falar de sua vida: "[...] é muito difícil falar do meu eu". Em uma das primeiras sessões, ela comparou seu corpo a uma "casca". Já havia tomado remédios para emagrecer por longos períodos. Uma intervenção de um médico teve um interessante efeito de perturbação que a fez interromper o uso dessas medicações. O profissional lhe disse sobre o risco de se tornar "dependente química", "viciada" no remédio. Ela disse ter ficado bastante assustada com essa colocação e não mais fez uso de qualquer medicação desse tipo.

Havia também a dificuldade por parte da paciente em trabalhar com o sentido, com perguntas que remetessem ao sentido, com a equivocação. Portanto, não parecia ser possível operar conforme as formações do inconsciente. Prevalcia no relato algo que fazia de seus atos um fazer automático e acéfalo, da ordem do "não penso". Sua relação com a comida era completamente desregulada. Dizia que comia qualquer coisa, desde que em grande quantidade. Contava que não era tão importante escolher o alimento, mas sim "preencher o vazio do estômago", pois só assim ficava calma e tranquila, apesar da culpa que a atingia posteriormente. Um dos termos mais presentes em seu discurso com relação à comida era "atacar". Contava diversas vezes como "atacava as panelas". Falava disso como sendo uma "compulsão", algo incontrolável.

Sobre sua mãe, disse que havia “uma diferença” no afeto materno para com ela e os demais filhos. Sua irmã é quem tinha, desde a infância, o carinho e o investimento da mãe. Em relação ao pai, dizia que este era dominador, bastante consistente, “sem defeitos”, todo poderoso. Ele viajava muito a trabalho e, segundo a paciente, “compensava” essa ausência trazendo muitos presentes. Sobre sua vida, dizia ter vivido para “filho e marido”. Fazia tudo para os filhos, tinha uma vida corrida nessa “fazeção” pelo outro. Não tinha tempo para suas coisas, fazia o que os outros queriam e nem sequer “pensava”. Não “pensava” sobre si mesma.

Dizia que via sua vida como se ela “passasse na TV”, como se não fosse ela mesma a dirigir as cenas. Não “pensava” em suas tristezas, sua história. Parecia que nessa época nem era possível localizá-las. Com o passar dos anos, foi “deixando” de fazer as coisas para si mesma, foi “parando”, “estacionando”. Disse que “não viu” que estava engordando muito, pois nem se olhava no espelho. Ia para uma festa, e o importante era “comer bastante” e não conversar, interagir com os outros. Quando era verbalmente agredida por familiares ou colegas de trabalho, não revidava, se calava, “para evitar conflitos”.

O sofrimento aparecia sem palavra, sem significação, evidenciado por um choro compulsivo e incontrolável que vinha, segundo ela, “de repente”, surgindo nas mais diversas situações (festas, no trabalho, em consultas médicas, na rua etc.). Ela dizia sempre que não sabia o motivo desse choro, “não sabia de onde vinha esse choro”, que “as lágrimas simplesmente caíam”. Em diversas ocasiões falou de sua falta de vontade de sair de casa, de sair da cama. Deixava de ir a compromissos sociais para não ser vista, para não ter que falar, se colocar. Evitava ir a casamentos para não ter que comprar roupa. Só ia trabalhar “por obrigação” e até mesmo seu salário era “colocado na gaveta”, pois ~~em~~ ~~que~~ não conseguia “arrumar o cabelo”, “fazer unha”, “comprar roupas”.

O marido fazia as compras para a casa. Parecia não ser possível qualquer investimento em si mesma. Comprava os mais variados objetos: medicamentos, roupas que jamais usaria, que iam sendo guardados, acumulados. Ela “consumia” também consultas médicas, sem saber exatamente o que a incomodava, o que queria encontrar e nem mesmo qual era sua queixa. Não conseguia dizer “não” às demandas que lhe eram feitas, tanto nas relações profissionais, como nas pessoais e familiares. Era nítida a vivência de um excesso generalizado, sem medida, que parece ter caracterizado durante muitos anos “um jeito de ser”. Em sua fala, faltava um enredo, uma história. Sobrava a desordem pulsional e a excessiva consistência do Outro, que ilustrava a posição de objeto oral na qual ela se oferecia em sua vida, “devorando” e “se fazendo devorar” pela família, pelo marido e pelos colegas de trabalho.

Importante ressaltar que, com o desenrolar dos atendimentos, o desencadeamento do ganho de peso excessivo mostrou-se associado aos momentos de perda e separação em relação ao Outro, como a ruptura abrupta do relacionamento próximo e intenso com a irmã, por iniciativa desta, e o período de adoecimento do pai, ocasião na qual ganhou vinte quilos, o que ela própria não percebeu. Observamos, a partir de sua fala, que, nessas ocasiões, não era possível para esse sujeito fazer um trabalho de luto com relação a essas perdas e separações.

Selma não compareceu a uma sessão marcada e ligou um pouco mais cedo para dizer que não iria. Perguntei por qual motivo e ela disse: "Hoje não estou a fim, estou na cama, debaixo das cobertas". Em tom de surpresa, a analista perturba essa "preguiça": "Você está na cama a esta hora??" De fato, ela não foi ao consultório nesse dia, mas a intervenção trouxe efeitos na sessão seguinte. Ela contou que, de fato, estava ficando muito na cama, mas que não estava percebendo o fato. Disse então que eu "abri seus olhos". Disse que estava ficando angustiada com as últimas sessões, nas quais estava vendo muita coisa, que estava pensando sobre as questões pela primeira vez e que não percebia antes como elas haviam lhe afetado.

Ou seja, sua vida era tomada por um agir impulsivo, sem pensar, automático, no qual o excesso era resultado de uma aparente falta de medida para com sua relação consigo mesma, com seu corpo e com o Outro. Chamava a atenção o modo como a paciente se referia a seu corpo, de modo bastante concreto, referindo-se ao "estômago", "que aceita ou não aceita a comida", quase como se ele estivesse separado de seu corpo.

Ao longo de nove meses de atendimento, que funcionaram como entrevistas preliminares, a indicação médica de realizar a cirurgia se configurou como uma decisão da paciente, fundamentada e lida por ela como a primeira coisa na vida que faria por si mesma, sem ser algo para o Outro. Essa decisão, sustentada pela analista, veio enlaçada com um pedido de continuidade dos atendimentos após o período pós-operatório. A cirurgia, do ponto de vista médico, foi um sucesso, pois a paciente perdeu bastante peso e o período pós-cirúrgico transcorreu sem complicações. Uma intervenção minha evidenciou como o corpo parecia ser para Selma uma via de "tratamento" para seu mal-estar. Ao falar sobre sua cirurgia, ela contou que agora "tudo estava bem", pois não tinha mais problemas com "cadeiras", "roupas". Nesse momento, disse a ela: "Selma, você não é um corpo".

Ao retomarmos os atendimentos pós-cirurgia, frente à impossibilidade de continuar os atendimentos naquela instituição, ela perguntou se poderíamos continuar "em outro lugar", pois "não poderia me deixar tão cedo". Uma demanda de análise se manifestou, portanto. Nas sessões em meu consultório, teve início a penosa construção de sua história, do romance familiar, que estava muito apagado, soterrado pelo peso do corpo e da devoração que preenchia todos os espaços. Também surgiu a localização da posição de grande submissão aos caprichos do Outro, no caso o marido, os filhos, os colegas de trabalho e a família, dos quais a separação era frágil. Selma é a "filha do meio" (tem uma irmã e um irmão). Segundo ela, sua mãe sempre "preferiu", de modo bastante explícito, sua irmã. Havia "uma diferença no afeto". Selma disse que isso a incomodava, mas que tinha seu pai, que era "grudada nele" e com ele tinha o reconhecimento que a mãe não lhe dava.

O tratamento continuou, desde então, e com importantes avanços. Um fato digno de nota é a constatação, cada vez mais clara para ela, de que o tamanho reduzido do estômago não a impedirá de se deixar levar pela "compulsão". Ela se refere a essa "compulsão" como algo que não tem sentido, que não entende e que, em alguns momentos, não consegue controlar. Porém, com o tratamento, não mais se deixou tomar completamente por isso, como antes.

No caso apresentado acima, a forma de o sujeito se apresentar evidenciava a impossibilidade de dar tratamento, de sintomatizar o excesso pulsional oral que a arrebatava, devido à debilidade simbólica. O quadro caracterizava uma neurose, porém não se verificava a presença do que conhecemos como sintoma. Havia uma forma de se apresentar em que ficava evidente, por meio do relato de atuações do tipo passagens ao ato, uma "compulsão" por comida e pela acumulação dos mais variados objetos.

O corpo obeso da paciente havia se tornado um "depósito" do excesso, sem outra forma de saída ou elaboração e aparecia disjunto do sujeito, quase como se o corpo e o indivíduo estivessem separados. Desse modo, o sujeito ficava identificado no lugar de "ser um corpo", e isso se presentificou na fala da paciente, quando ela se referia, no início de seu tratamento, a seu corpo como sendo "uma casca", ou seja, uma "couraça" defensiva que escondia o sujeito. Esse fato, dentre outros, impossibilitava, inicialmente, o surgimento de uma subjetividade, bem como o acesso às palavras e à associação significativa.

A análise apontou que, por meio da fala, pelo relato de acontecimentos que angustiavam, foi sendo possível a modulação do excesso pulsional que massacrava o corpo em atuações "sem sentido". Essas atuações "sem sentido" adquiriram, a partir do tratamento, outro destino que não o ato. Esse fato também provocou importantes mudanças na forma como o sujeito se relacionava com seu corpo. Dessa maneira, pôde aparecer uma construção próxima de um sintoma que fizesse anteparo ao imperativo de gozo. Palavras finalmente impediam a passagem ao ato. Não fica claro qual seria o fantasma do sujeito em questão nesse caso, mas, ao que tudo indica, ele aponta para o gozo oral, no "devorar" e "se fazer devorar" na relação consigo mesma e com o Outro.

As intervenções realizadas no tratamento de Selma foram conduzidas não pelo eixo da interpretação clássica, da significação, da localização dos significantes norteadores e da fantasia fundamental, ou seja, pelo trabalho com o sintoma mais delimitado, pois não contávamos com este. Uma das intervenções que marcaram uma virada, ou melhor, uma entrada do sujeito do inconsciente em cena, tem relação com um momento em que a analista diz à analisante que ela "não era um corpo".

A paciente muitas vezes falava de maneira bastante concreta, evidenciando um modo de se referir a si mesma como se fosse apenas um corpo. Ela falava do "estômago que aceita ou não aceita a comida", que podia "descer ou não", que havia chegado do trabalho e "estacionado" na cama etc. Essa intervenção, que causou, em um primeiro momento, surpresa no sujeito, teve como intuito apontar que seu mal-estar não estava relacionado com alguma doença no corpo, mas que havia dificuldades na sua relação consigo mesma, com os outros, com os rumos de sua vida etc. Dessa forma, tentou-se localizar algo fora desse corpo que pudesse ser articulado em palavras.

Através das intervenções, a direção do tratamento tentava sempre suscitar algum enigma em relação ao que o sujeito dizia, com a analista manifestando sempre espanto e curiosidade com frequência, especialmente quando aparecia em sua fala esse sujeito "fora da cena" (passando ao ato), fora da possibilidade de dizer algo sobre seu ato. Através dessa forma de pergunta, que não passava

pela interpretação, tentava-se perturbar algo, para que, com alguns fiapos de sentido, pudéssemos dar um contorno, uma borda ao desvario pulsional, e, com isso, localizar melhor os pontos de angústia. A angústia, nesse caso, exerceu um papel importante no remanejamento desse modo de gozo.

Outro ponto importante foi “concordar” com ela em relação a suas reclamações relativas às demandas incessantes da família e dos colegas de trabalho, em uma tentativa de que a consistência do Outro começasse a vacilar e algo de uma separação mais eficaz com relação a esses Outros pudesse surgir. Aos poucos, o sujeito foi iniciando o deslocamento da posição de objeto oral, na qual estava fixada, de objeto consumido pelo Outro.

Esses momentos, ao longo do tratamento, propiciaram ao sujeito o início de seu trabalho com o inconsciente, do inconsciente real ao transferencial. Finalmente, esse inconsciente pôde manifestar-se em palavras ao invés de atos, possibilitando, então, a construção e elaboração de uma história que localizasse o que causava sofrimento. Assim, tornou-se possível que um gozo desmedido se conectasse com algum sentido em termos de direção, para que ocorresse a tradução em saber do que antes se apresentava como puro gozo.

Mesmo com os grandes avanços obtidos, ainda surgia, em alguns momentos da fala do sujeito, a menção a “uma força” que a impele a comer “para preencher o vazio do estômago”. Outro fato importante foi a constatação, cada vez mais clara para ela, de que o tamanho reduzido do estômago não lhe impediria de se deixar levar pela “com -pulsão” quando o mal-estar surge.

Um tratamento “sob a medida” de Elza⁶

Trago um fragmento de caso em que as palavras parecem ter se mantido separadas do corpo do sujeito por um bom tempo, resultando em uma obesidade mórbida, dentre outras dificuldades. Nesse caso, especificamente, o sujeito aponta o que, a seu ver, não pode ser respondido com soluções e intervenções no corpo ofertadas pelo saber científico. O sujeito em questão, por meio dos atendimentos, pôde questionar a própria obesidade e a soberania da ciência.

A partir da constatação, especialmente evidente em alguns casos, da separação das palavras e dos corpos, cabe ao tratamento psicanalítico promover essa amarração. Visando essa estratégia – reunir as palavras e os corpos, que se mostra algo fundamental na clínica contemporânea, pública ou privada –, podemos conseguir efeitos palpáveis diante do mal-estar. Esses efeitos, ao longo do tratamento, muitas vezes são localizados pelos próprios pacientes, o que nos aponta uma direção promissora a seguir.

O atendimento de Elza, que tinha 58 anos na época, tem origem após encaminhamento do seu clínico geral no início de 2012. Nesse primeiro atendimento, ela apresentou-se deprimida, desanimada com tudo. Falou sobre sua obesidade, evidenciou uma falta de entusiasmo com a vida em geral. Nos atendimentos seguintes, contou sobre o casamento, que foi profundamente infeliz. O marido dizia a ela não saber por que havia se casado, que ela era muito feia e sem qualidades. Disse que nunca foi vaidosa, nem quando mais nova, mas que isso piorou depois do casamento. Relatou que começou a

engordar após a gravidez do primeiro filho. Seu marido, que não participou das gestações, das idas ao médico, mantinha envolvimento com outras mulheres, fato que os vizinhos vinham lhe contar. Ela esteve casada por cinco anos.

Elza acreditava não possuir nada de atraente para um homem; que, quando a olhavam na rua, esse olhar era de crítica ou reprovação. Ela trazia perguntas, tinha percebido “algo em sua cabeça” que a fazia ter vontade de comer, e que isso não era fome de fato! Contou que também usava a comida como remédio contra a tristeza. Tinha percebido que o que lhe faltava era “medida”.

Elza esteve em consulta com a endocrinologista, gostava da profissional. Sua posição sobre o que lhe foi proposto pela médica me chamou a atenção. Ela me disse que não queria utilizar o remédio para emagrecer que fora receitado como tratamento para sua obesidade. Ainda sobre a medicação, afirmou já ter utilizado tal medicamento, que emagreceu bastante, parou de tomar e engordou tudo de novo. Relatou que ele “tira toda a fome”, que não conseguia comer nada e que isso “não deve ser normal”. Portanto, a medicação, a seu ver, “[...] é ilusão, mentira”. Acha que precisa aprender a comer.

Com relação à cirurgia bariátrica, também apresentada como solução para seu caso, ela disse não querer comer um pedacinho de alface, emagrecer e ficar desnutrida, e que também não quer voltar a comer do mesmo jeito e engordar de novo, como já viu acontecer com quem fez a cirurgia. Disse ainda ter medo de dar alguma coisa errada, já que a cirurgia “mexe muito com os órgãos da gente”. Por fim, ela conclui: “[...] quero ir devagar, aprendendo, por mim mesma”.

Assim, foi possível para Elza escolher a orientação alimentar e os atendimentos com a analista. Dessa forma, as palavras podem se ligar ao corpo. Existem situações em que os sujeitos não estão aptos a ler essas marcas do discurso deixadas no corpo, ou, mais precisamente, não parecem ter tido como cifrar adequadamente esses acontecimentos para que estes pudessem fazer sintoma, acarretando dificuldades no manejo da interpretação quando esses sujeitos chegam a um tratamento. O corpo nesses casos é usado como defesa contra o real, porém separado das palavras, de forma mortífera e silenciosa.

As soluções da ciência, especialmente as que visam à intervenção direta no corpo com fins estéticos, por vezes radicais, ou com a promessa de solução para a obesidade mórbida, podem constituir-se para o sujeito como mais uma defesa. Em alguns casos, observamos que o que está em jogo na entrega do corpo à manipulação científica constitui uma forma de defesa frente às questões que trazem sofrimento. Essas intervenções passam a ser ofertadas, de forma banalizada, pelo saber científico. Nesse sentido, quando o sujeito sem refletir ou localizar o que está em questão, se entrega às intervenções corporais que podem assumir a função de defesa, torna evidente que promessas científicas não tem o poder de recobrir o mal-estar com o qual cada um precisa lidar.

Massimo Recalcati (2002), em *“O demasiado cheio” do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade*, apresenta contribuições teóricas precisas e fundamentais para o campo de investigação da obesidade. Nesse trabalho, ele apresenta o desenvolvimento teórico, resultante da sua prática clínica, de várias dificuldades verificáveis na escuta e no tratamento de sujeitos obesos. Podemos

observar a dificuldade de recusar, evidenciando uma posição tendencial do lado da alienação. Estão em primeiro plano a devoração; a incorporação infinita, que explicita a impossibilidade de recusar o objeto; e o uso farmacológico do objeto, enquanto objeto real, visando a uma compensação da falta do signo de amor do outro.

A posição objetificada na relação com o Outro evidencia-se por um extremo apego à demanda deste e seu próprio desejo fica reduzido a um gozo autístico desconectado do desejo do Outro. O "Sim!" do sujeito obeso, dito de modo obrigatório, reflete a posição originária da criança quanto à demanda do Outro. O sujeito permanece fixado em seu status de objeto e não acede à separação. Há uma opressão do sujeito como objeto do Outro.

A relação do sujeito obeso com os objetos evidencia que na obesidade neurótica está em questão uma devoração que tem o estatuto de uma compensação. O objeto real (o alimento) permite ao sujeito compensar aquilo que ele não teve no nível simbólico, ou seja, o dom do amor, o signo da falta do Outro. O objeto real se torna um substituto do signo do amor, desse modo onde falta o signo, o sujeito consome o objeto. A acumulação obesa não é de peso, mas de objeto. Uma acumulação que chega a transformar o corpo em um verdadeiro e próprio continente de recusas.

Na obesidade, o impulso ao consumo indiscriminado do objeto-alimento vem no lugar do objeto perdido sem produzir qualquer sublimação, mas sim uma farmacologização do objeto que assume o caráter de objeto-analgésico, em condições de tratar daquela espécie de nostalgia indeterminada que pode afligir o sujeito obeso. Trata-se de um impulso à incorporação do objeto. Trata-se, evidentemente, de uma defesa por meio do gozo oral, que não é mais filtrado e moderado pela castração.

A impossibilidade de fazer intervir a ação do significante sobre o real do corpo parece depender de uma dificuldade mais estrutural, de tipo narcisista, que concerne ao reconhecimento do corpo obeso como próprio. O que mais se observa nesses casos é a crença – não delirante no sentido psicótico, mas presente também na obesidade neurótica – de que o próprio corpo esteja escondido, ou seja, radicalmente diferente do corpo gordo, ou que isso seja uma espécie de máquina totalmente estranha ao ser do sujeito.

Uma dificuldade marcante localizável em muitos casos, ainda que esta não seja uma característica exclusiva da problemática da obesidade, mas presente de forma mais geral nas variações da neurose tipo, ~~está relacionada com~~ é a incapacidade de tradução do conflito psíquico em sintoma. Esse fato resulta ainda na dificuldade de tornar eficaz a ação da fala no tratamento analítico. (Recalcati, 2002). Algo que chama a atenção na escuta desses pacientes relaciona-se com o fato de o poder simbólico da palavra, da elaboração simbólica, encontrar um ponto de resistência, um obstáculo, alguma coisa que não é, de fato, um acontecimento de linguagem, mas um acontecimento somático que investe o real do corpo. Há ainda uma notável separação entre o próprio sujeito e sua realidade psíquica verificável em alguns relatos. É como se a fala não incidisse sobre o corpo, como se fosse separada deste.

Essa neutralização do poder de incidência da fala sobre o corpo talvez se deva e seja a

consequência de uma causa anterior: devido à falta de recursos simbólicos suficientes para metabolizar, para dar certo tratamento à pulsão, a irrupção de gozo se torna excessiva para o sujeito, visto que ele não encontra mediação desse gozo, cifração, por meio dos recursos da palavra e da cadeia significante. Esse gozo fica opaco, solitário e não se conecta com nenhum sentido, o que poderia produzir acesso ao inconsciente. O sujeito é "agido" pela pulsão, está em poder do imperativo do gozo. O campo das psicopatologias alimentares, no qual situamos a obesidade, se representa como uma clínica do objeto que toma uma forma concreta por meio do recurso do sujeito às substâncias alimentares como modalidades de gozo mais além do princípio do prazer.

Notas:

1. Este artigo é baseado na Tese de Doutorado intitulada *Variantes da neurose tipo ou a defesa na atualidade da clínica psicanalítica*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (FAFICH-UFMG), em 21 de agosto de 2019, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira.
2. Importante esclarecer que não só em alguns casos de sujeitos obesos podemos encontrar essa defesa sem recalque ou sem sintoma. Ela está presente também em fenômenos como anorexia-bulimia, compulsões diversas e toxicomanias, mas cabe ressaltar que essa patologia, a obesidade, apresenta de forma bastante aguda essa questão.
3. Dissertação de Mestrado intitulada *Obesidade: do caráter desvairado da pulsão ao sintoma analisável*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (FAFICH-UFMG), em 11 de novembro de 2012, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira.
4. Os nomes usados nos fragmentos de caso são fictícios.
5. Trata-se, neste fragmento clínico, de um caso de um sujeito neurótico que apresenta um quadro de obesidade mórbida. A obesidade mórbida para um sujeito psicótico tem outras funções e desdobramentos que não são foco de investigação neste artigo.
6. Caso clínico apresentado na XVIII Jornada da Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais, intitulada *Psicanálise e Ciência: o real em jogo*, realizada em Belo Horizonte, em 2013. O tratamento dessa paciente, realizado em uma unidade básica de saúde, já conta sete anos de duração.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. (1969). A disposição à neurose obsessiva: Uma contribuição ao problema da escolha da neurose. (Vol. XII, pp. 399-409). In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1976a). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIV: O estado neurótico

comum. (Vol. XVI, pp. 323-336). In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).

Freud, S. (1976b). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações (Vol. XXII, pp. 167-191). In *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).

Recalcati, M. (2002). O demasiado cheio do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. *Ornicar? Digital*, 199, 51-74.

Citação/Citation: Souza, P. D. F. de (nov. 2022 a abr. 2023). Variantes da neurose tipo. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 18(35), 25-38. Disponível em www.isepol.com/asephallus. doi: 10.17852/1809-709x.2023v18n35p25-38

Editor do artigo: Tania Coelho dos Santos

Recebido/ Received: 13/01/2023 / 01/13/2023.

Aceito/ Accepted: 24/02/2023 / 02/24/2023.

Copyright: © 2023. Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.