

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA**

PALOMA LEVY ALMEIDA TAVEIRA DE SOUZA

**ALGUNS TRAÇOS ESTRUTURAIS DA NEUROSE OBSESSIVA:
concepções freudianas.**

BELO HORIZONTE

2016

PALOMA LEVY ALMEIDA TAVEIRA DE SOUZA

**ALGUNS TRAÇOS ESTRUTURAIS DA NEUROSE OBSESSIVA:
concepções freudianas.**

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Roberto Rodrigues Belo.

BELO HORIZONTE

2016

RESUMO

Este trabalho propõe investigar alguns traços estruturais da neurose obsessiva relativos à dúvida e às práticas religiosas. O percurso teórico fundamenta-se em referências bibliográficas de Sigmund Freud para responder à questão central do trabalho: quais as particularidades que marcam a estrutura clínica da neurose obsessiva em relação à dúvida e às práticas religiosas? Para pesquisar sobre a neurose obsessiva e alguns traços dessa estrutura clínica, foram definidos três objetivos específicos, que demarcam os capítulos centrais do trabalho: verificar a construção do conceito e da estrutura clínica da neurose obsessiva, investigar a relação entre neurose obsessiva e as práticas religiosas; investigar a relação entre neurose obsessiva e a dúvida. A revisão de literatura decorrente deste trabalho evidencia que as peculiaridades na relação do neurótico obsessivo com a dúvida e com as práticas religiosas se voltam para as primeiras vivências sexuais infantis. Conclui-se que as práticas religiosas e a dúvida são traços estruturais da neurose obsessiva que se manifestam em cada sujeito no modo particular de seus sintomas.

Palavras-chave: Sigmund Freud; Neurose obsessiva; Dúvida; Práticas religiosas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO 1 – A neurose obsessiva como estrutura clínica	9
CAPÍTULO 2 – A neurose obsessiva e as práticas religiosas	15
CAPÍTULO 3 – A neurose obsessiva e a dúvida	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

INTRODUÇÃO

O interesse pela construção deste trabalho de conclusão de curso de especialização decorreu de inúmeros elementos da minha trajetória acadêmica, bem como da prática vivenciada na clínica. As constantes e atuais discussões sobre o surgimento de novos sintomas na clínica médica evidenciam perspectivas inéditas de conhecimento sobre os indivíduos. Dentro desse panorama, os estudos acerca dos conceitos fundamentais propostos por Sigmund Freud na teoria psicanalítica possibilitam o conhecimento da nosologia das doenças de seu tempo. Assim, as novas formas de sintoma da contemporaneidade suscitam o estudo da etiologia de doenças já descritas pela psicanálise.

Por volta de 1900, a teoria psicanalítica instituiu um novo campo de saber fundamentado no inconsciente, e por isso distingue-se dos ideais de conhecimento marcados pela ciência moderna. As tentativas de inscrever a psicanálise no campo da ciência foram ineficientes, uma vez que o conhecimento validado pela nova teoria subverte a lógica científica. Em contradição ao que a ciência moderna produz como saber, cujo fundamento é a certeza científica, a descoberta do inconsciente rompe com tal lógica – a da certeza científica. O inconsciente se configura como um saber desconhecido pelo sujeito, seu funcionamento obedece a leis próprias que não coincidem com as leis da lógica consciente.

A contemporaneidade é marcada grande produção científica acerca das doenças. Diferentes manuais classificatórios de doenças, tal como o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, de 1993) e o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, de 2013), definem sobre o funcionamento de doenças físicas e psíquicas. Esse conhecimento médico é produzido e reconhecido socialmente pelos critérios da certeza científica. Em contraposição a esse discurso médico científico, a psicanálise possibilita uma nova forma de conhecimento sobre o adoecimento vinculado ao saber inconsciente subjetivo.

Em “A hereditariedade e a etiologia das neuroses”, Freud (1896a) destaca que muitos diagnósticos médicos atribuíam a hereditariedade como causa de muitas afecções nervosas. Segundo ele, os médicos voltavam seus

estudos, especialmente para “a perspectiva da precondição etiológica da hereditariedade” (p.145). Contudo, a análise e o estudo aprofundado de casos clínicos possibilitou a Freud verificar que além da hereditariedade, outras etiologias também exerciam influência no desenvolvimento patogênico das doenças.

Ao abordar sobre a etiologia das neuroses, Freud (1896a) determina uma nova classificação nosográfica de psiconeuroses, a neurose obsessiva. O autor classifica, além da histeria, a neurose obsessiva como um distúrbio autossuficiente e independente, sendo ambos compreendidos no grupo das psiconeuroses.

A neurose obsessiva foi descrita por Freud como uma patologia decorrente do adoecimento do sujeito relativa a processos psíquicos inconscientes que geram angústia. Muitos de seus sintomas, verificados por Freud, são traduzidos nas diversas edições publicadas e atualizadas dos manuais médicos classificatórios de doenças. Contudo, apesar da relação estreita entre a descrição dos sintomas médicos e psicanalíticos, a concepção teórica da psicanálise sobre o adoecimento do neurótico obsessivo não coincide com a perspectiva médica. Trata-se assim, de uma abordagem política acerca da produção de sintomas na clínica médica que domina a contemporaneidade.

A partir da escrita deste trabalho pretende-se compreender alguns aspectos sobre o funcionamento da neurose obsessiva sob a ótica da psicanálise. Com isso, busca-se possibilitar novas concepções sobre os sintomas subjetivos não orientados pela lógica médica e científica.

A partir do exposto delimitou-se o tema da pesquisa: “Algumas marcas estruturais da neurose obsessiva: concepções freudianas”. A fim de demarcar o objeto de estudo, a neurose obsessiva, a pesquisa fundamentou-se na relação entre essa estrutura clínica e algumas de seus traços. Definiu-se assim uma investigação sobre a relação entre a neurose obsessiva e as práticas religiosas, e também a relação entre a neurose obsessiva e a dúvida.

A partir dessas colocações algumas questões específicas configuraram a problemática do presente estudo: a) quais são as concepções freudianas sobre a neurose obsessiva? b) como se configuram os principais traços e sintomas da neurose obsessiva? c) como é o funcionamento da dúvida na

neurose obsessiva? d) como é o funcionamento das práticas religiosas na neurose obsessiva? Essas questões definiram e delimitaram o problema da pesquisa: como é o funcionamento de alguns traços da neurose obsessiva como estrutura clínica na concepção freudiana?

Como objetivo geral da pesquisa pretende-se: compreender algumas das marcas estruturais da neurose obsessiva, as práticas religiosas e a dúvida. Para atingir o objetivo geral proposto foi necessário delimitar alguns objetivos específicos. Os objetivos específicos definidos foram três: a) compreender a estrutura clínica da neurose obsessiva a partir da teoria psicanalítica proposta por Freud; b) examinar o traço da dúvida na neurose obsessiva; c) examinar o traço da religião na estrutura clínica da neurose obsessiva.

Acredito que o tema “ALGUMAS MARCAS ESTRUTURAIS DA NEUROSE OBSESSIVA: concepções freudianas” é de grande relevância social no campo da psicanálise, tendo em vista que possibilita a discussão que perpassam os conceitos fundamentais da psicanálise acerca da neurose obsessiva e alguns de seus traços, bem como acerca dos novos sintomas médicos contemporâneos.

Dessa forma, a introdução apresenta uma visão geral do trabalho contendo o tema abordado, seguido da contextualização dos elementos pesquisados, do problema, dos objetivos propostos para o trabalho, das justificativas para a sua elaboração, além da descrição geral da estrutura do trabalho dividido em três capítulos que discorrem sobre o tema da pesquisa.

O capítulo 1 apresenta o referencial teórico e fundamenta a construção do objeto de investigação: neurose obsessiva. Para isso, o início retoma brevemente a construção do conceito de neurose obsessiva para Sigmund Freud. Nesse sentido, foi feito um recorte cronológico em alguns textos da obra freudiana nos quais o aspecto central trabalhado é a neurose obsessiva. Além disso, o recorte foi feito considerando-se as primeiras elaborações teóricas que possibilitaram ao autor circunscrever a neurose obsessiva como estrutura clínica. Sendo assim, no capítulo 1, os principais textos trabalhados foram “As neuropsicoses de defesa” (Freud, 1894), “A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses” (Freud, 1896a), “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (Freud, 1986b) e “A disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose” (Freud, 1913).

Em seguida, o capítulo 2 apresenta o referencial teórico que articula a neurose obsessiva e as práticas religiosas. Na obra de Sigmund Freud, alguns outros aspectos foram discutidos acerca da religião. Contudo, a fim de especificar um dos pontos em comum entre a religião e a neurose obsessiva, decidiu-se por trabalhar com o texto “Atos obsessivos e práticas religiosas” de Freud (1907). Nesse sentido, o capítulo apresenta o panorama da neurose obsessiva compreendida como uma religião privada na medida em que considera o cerimonial padronizado do obsessivo.

O capítulo 3 apresenta o referencial teórico que define a dúvida como uma das marcas estruturais da neurose obsessiva. O caso clínico “O Homem dos Ratos” de Freud (1909) dá suporte e trabalha a dúvida como um dos traços mais marcantes da neurose obsessiva.

Alguns outros textos também serviram como referências bibliográficas para elaboração do trabalho, uma vez que mencionam aspectos importantes acerca dos traços da neurose obsessiva, sendo os principais “Caráter e erotismo anal”, Freud (1908) e “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926).

Para fechar o trabalho, as considerações finais são feitas em uma parte que encerra os estudos propostos aqui, com respostas parciais aos questionamentos levantados, deixando em aberto um aprofundamento para estudos e especializações posteriores.

CAPÍTULO 1

A NEUROSE OBSESSIVA COMO ESTRUTURA CLÍNICA

Os inícios do trabalho de Sigmund Freud foram impulsionados pela curiosidade e investigação acerca dos sintomas histéricos. O aprofundamento no assunto direciona-o para outra perspectiva acerca dos sintomas encontrados, os artigos “As neuropsicoses de defesa” (1894a), “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1896), e “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1894b) marcam as investigações iniciais sobre a origem das neuroses, suas classificações nosográficas e a etiologia dos sintomas.

No artigo sobre “As neuropsicoses de defesa” (1894a), Freud estuda os pacientes nervosos que sofriam de fobias e obsessões e ao final concebe ideias relevantes sobre a “Teoria psicológica das fobias e obsessões”. As investigações eram direcionadas para compreender sobre a divisão da consciência na síndrome da histeria. Os estudos freudianos apontam que a divisão da consciência acontece num processo secundário ao longo da subjetivação, isso significa que ela não é inata.

A classificação de diferentes casos de histeria implica na compreensão de uma relação entre as fobias e obsessões e a “histeria de defesa”. Para Freud tais casos são marcados por

uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento” (p. 55).

Os casos atendidos por Freud mostraram que esse processo de esquecimento acarretava em formações patológicas no campo da histeria, da obsessão ou da psicose alucinatória.

Ainda na mesma publicação Freud (1894a) explica que as formações sintomáticas subjetivas estão fundamentadas no esforço feito pelo paciente para esquecer a vivência traumática. Assim explica o processo:

Tanto o traço mnêmico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados. Mas uma realização aproximada da tarefa se dá quando o eu *transforma essa representação poderosa numa representação fraca*, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho da associação. *Mas a soma de excitação desvinculada dela tem que ser utilizada de alguma forma.* (p. 56).

As constatações freudianas acerca da divisão da consciência na histeria implicam também em considerações sobre a “Teoria psicológica das obsessões e fobias”. Freud entende que as obsessões, assim como os sintomas da conversão histérica, são representações incompatíveis decorrentes da vida sexual.

Ao considerar as obsessões como o produto final de um processo cuja origem se dá na falsa ligação entre um afeto e uma vivência sexual, Freud entende que tais fobias e obsessões caracterizam um novo grupo psíquico, independente da histeria. Para o autor,

O eu leva muito menos vantagem escolhendo a *transposição do feto como método de defesa do que escolhendo a conversão* histérica da excitação psíquica em inervação somática. O afeto de que o eu sofre permanece como antes, inalterado e não diminuído, com a única diferença de que a representação incompatível é abafada e isolada da memória” (p. 61).

Nas neuroses fóbicas e obsessivas, não se verifica a conversão somática que define a histeria, de modo que a representação enfraquecida subsiste no domínio psíquico sob a forma de pensamentos tormentosos.

Com o prosseguimento das investigações, no artigo “Hereditariedade e etiologia das neuroses” (1896) novas complementações são feitas acerca das neuroses. Neste momento, Freud define nosograficamente as quatro grandes neuroses: as psiconeuroses, que incluem a histeria e a neurose obsessiva, e em seguida, as neuroses atuais, grupo em que se incluem a neurastenia e a neurose de angústia.

Sobre as psiconeuroses, o teórico ressalta que essas afecções nervosas sofrem

influências etiológicas, diferentes entre si tanto em importância quanto na maneira como se relacionam com o efeito que produzem, podem ser agrupadas em três classes: (1) *Precondições*, que são indispensáveis para produzir o distúrbio em causa, mas que são de caráter geral e igualmente encontráveis na etiologia de muitos distúrbios; (2) *Causas Concorrentes*, que compartilham com as precondições a característica de funcionarem tanto na causação de outros distúrbios quanto na do distúrbio em questão, mas que não são indispensáveis para a produção deste último; (3) *Causas Específicas*, que são indispensáveis como as precondições, mas têm natureza limitada e só aparecem na etiologia do distúrbio de que são específicas (Freud. 1986, p.146).

Todos os sujeitos que acometidos pelas grandes neuroses têm modificações patológicas funcionais. Neste artigo, Freud desvenda a origem dos processos patológicos e ratifica o vínculo entre algum evento da vida sexual do sujeito acompanhado de tensão.

O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é *uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante de abuso sexual cometido por outra pessoa; e o período da vida em que ocorre esse evento fatal é a infância – até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual.*

Uma experiência sexual passiva antes da puberdade: eis, portanto, a etiologia específica da histeria (p.151).

A neurose obsessiva (*Zwangsneurose*) emerge de uma causa específica muito semelhante à da histeria. Também aqui encontramos um evento sexual precoce, ocorrendo antes da puberdade, cuja lembrança torna-se ativa durante ou depois desse período (p.153).

Esses estudos de Freud sobre os casos clínicos de histeria o levam também às mesmas conclusões similares nos outros casos de psiconeuroses, as neuroses obsessivas. Assim, segundo ele, as obsessões são representações distorcidas pelo inconsciente as quais passaram por um trabalho de transformação e substituição.

No texto “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896), Sigmund Freud explica detalhadamente sobre o processo inconsciente de transformação e substituição de uma vivência sexual na primeira infância em obsessão, caracterizando-se a neurose obsessiva.

Neste momento de seus escritos, Freud ainda não consegue determinar o fator desencadeante da neurose obsessiva ou da histeria. No entanto, considera que:

A natureza da neurose obsessiva pode ser expressa numa fórmula simples. As *idéias obsessivas* são, *invariavelmente*, *auto-acusações* transformadas que reemergiram do *recalcamento* e que sempre se relacionam com algum ato *sexual* praticado com prazer *na infância* (Freud, 1896, p. 169)¹.

A construção da neurose obsessiva passa por um curso de três períodos (Freud, 1896). Inicialmente, no período da imoralidade infantil, acontecem as experiências de sedução sexual e, depois os atos de agressão sexual contra o outro sexo, que originarão a auto-acusação. Com a conseqüente maturação sexual, a auto-acusação é recalcada por sintomas primários de defesa. Em seguida, perdura-se uma fase de saúde manifesta em que a defesa torna-se bem verificada. No entanto, o fracasso da defesa implica no retorno das lembranças recalcadas e marcam o aparecimento das repressões e afetos obsessivos. “Há duas formas de neurose obsessiva, conforme a passagem para a consciência seja forçada somente pelo *conteúdo mnêmico* do ato que envolve auto-acusação, ou também pelo *afeto* ligado àquele ato” (Freud, 1896, p. 171).

A perspectiva freudiana dá a entender que a etiologia das neuropsicoses não se fundamenta exclusivamente, nas vivências sexuais reais, mas também nas experiências fantasiosas surgidas durante a infância. A partir dessas concepções, entende-se que o poder patogênico de um acontecimento traumático na infância, muitas vezes não se manifesta no momento em que é produzido, mas retroativamente, no momento em que se atinge uma etapa posterior do desenvolvimento sexual.

O funcionamento da neurose obsessiva também perpassa pela concepção de sintomas que vão além dos “sintomas de compromisso” (Freud, 1926) em momentos nos quais a defesa da experiência sexual na infância não

¹ Para Sigmund Freud, o recalque designa o processo que visa manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o funcionamento do equilíbrio psicológico do indivíduo, transformando-o em fonte de desprazer. Freud, que modificou diversas vezes sua definição e seu campo de ação, considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente (ROUDINESCO, 1998, p. 661).

é bem sucedida. Esses novos sintomas são entendidos como “*defesa secundária*” capazes de possibilitar proteção contra as representações e afetos obsessivos. Algumas justificativas são expostas por Freud (1896) quanto às defesas secundárias:

Eis por que a *ruminação obsessiva*, quando bem-sucedida, versa regularmente sobre coisas abstratas e *supra-sensuais*, pois as representações recalçadas sempre se referem à *sensualidade*. Ou então o paciente tenta controlar, ele próprio, cada uma de suas representações obsessivas, exclusivamente pelo trabalho lógico e pelo recurso a suas lembranças conscientes. Isso leva a um *pensamento obsessivo*, a uma *compulsão a testar coisas* e à *mania de duvidar* (Freud, 1896, p. 172).

Freud mostra então que com o processo de análise será possível evocar a carga patogênica contida nas lembranças encobridoras (1899a) e, assim possibilitar a cura dos sintomas. Para cada sujeito, a produção de seu sintoma será singular na medida em que é produto do seu recalçamento.

Na medida em que compreende a neurose obsessiva e a histeria, Freud questiona em sua teoria sobre o mecanismo de formação de cada um desses tipos de psiconeuroses. No texto “Disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose” (1913), Freud trabalha dois aspectos fundamentais da teoria psicanalítica: o primeiro sobre a questão da escolha da neurose e o segundo sobre a organização pré-genital da libido.

Em seus trabalhos anteriores, Freud pesquisa sobre a etiologia das neuroses, mas é em 1913 que compreende a relação entre a teoria da sexualidade, trabalhada em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905d), e a escolha da neurose.

Assim, Freud (1913) entende que

Tornamo-nos cientes de que as funções psíquicas envolvidas – sobretudo a função sexual, mas também várias funções do ego – têm de passar por um longo e complicado desenvolvimento, antes de cegar ao estado característico do adulto normal. Podemos presumir que estes desenvolvimentos não são sempre tão serenamente realizados que a função total atravesse esta modificação regular progressiva. Onde quer que uma parte dela se apegue a um estágio anterior resulta o que se chama

'ponto de fixação', para o qual a função pode regredir se o indivíduo ficar doente devido a uma perturbação externa (Freud, 1913, p.341).

A disposição à neurose obsessiva é marcada, neste momento (Freud, 1913, p.347) pela fixação da libido no estágio pré-genital sádico e anal-erótico. Os casos mais frequentes de neurose obsessiva assim se caracterizam:

começam bem cedo e seguem um curso crônico, com exacerbações de tipo mais ou menos marcantes. Nestes outros casos, uma vez estabelecida a organização sexual que contém a disposição à neurose obsessiva, ela, depois, nunca mais é completamente superada (Freud, 1913, p. 346).

A compreensão da etiologia da neurose obsessiva a partir da hipótese da organização sexual pré-genital, evidencia a primazia do sadismo e do erotismo anal na neurose obsessiva. Vê-se que

o instinto do conhecimento pode realmente tomar lugar do sadismo no mecanismo da neurose obsessiva. Na verdade, ele é, no fundo, uma ramificação sublimada do instinto de domínio, exaltado em algo intelectual, e seu repúdio sob a forma de dúvida desempenha grande papel no quadro da neurose obsessiva (Freud, 1913, p. 348).

Algumas características comuns aos neuróticos obsessivos são observadas por Freud no prosseguimento dos seus estudos teóricos e análises de casos clínicos. Para o autor, a neurose obsessiva compõe-se por elementos precisos, como a dúvida e o conteúdo abstrato e supra-sensual (relativo, por exemplo, à religião). Sendo assim, nos ateremos adiante a pesquisar os conceitos freudianos acerca destes traços da neurose obsessiva: a dúvida e a religião, os quais podem equivaler a diversos atos psíquicos.

CAPÍTULO 2

A NEUROSE OBSESSIVA E AS PRÁTICAS RELIGIOSAS

As análises freudianas sobre a religião e a espiritualidade acontecem em diferentes momentos de sua obra. Neste trabalho, buscamos compreender alguns dos “traços de caráter” (Freud, 1908, p. 351) relevantes no tipo específico da estrutura clínica da neurose obsessiva e relativos a tais aspetos.

Uma investigação de alguns textos de Freud aponta para uma relação entre atos obsessivos e a religiosidade. Ao trabalhar esse traço, Freud relaciona-o à entidade clínica da neurose obsessiva porque nela os sujeitos sofrem de ideias e atos obsessivos, assim como os exigidos nas práticas religiosas. No entanto, é também cabível considerar um “caráter obsessivo” em outros “fenômenos psíquicos patológicos” (Freud, 1907, p. 301), como na histeria e na paranoia.

Um dos aspectos em que o sofrimento dos neuróticos obsessivos se relaciona com a religiosidade é a prática religiosa, sejam elas os cerimoniais neuróticos ou os atos sagrados do ritual religioso.

O cerimonial neurótico consiste em pequenos acréscimos, restrições medidas, arranjos, que são realizados em certas ações cotidianas de forma sempre igual ou com variações metódicas. Essas atividades nos dão a impressão de serem meras “formalidades”; parecem-nos inteiramente irrelevantes. E assim também parecem ao próprio doente, mas ele é incapaz de não executá-las, pois cada desvio do cerimonial é punido com uma angústia insuportável, que imediatamente o obriga a fazer o que omitira (Freud, 1907, p. 301-302).

No campo subjetivo, os rituais criados pelos neuróticos obsessivos funcionam como leis tácitas as quais, quando não obedecidas, acarretam em angústia. Este aspecto da religiosidade que recai sobre a neurose obsessiva funciona como um excesso “de uma ordem habitual e justificada” (Freud, 1907, p. 302) que pode ser comparada aos atos sagrados. Diferentes tipos de atividade, geralmente sem o envolvimento de outras pessoas, podem transformar-se em atos obsessivos na medida em que passam a funcionar de maneira criteriosa, ritmada e repetitiva.

De acordo com Freud, não há critérios precisos para determinar estas práticas obsessivas como patologias, mas vale considerar que elas se estruturam a partir de proibições e impedimentos ao sujeito. Em muitos casos,

quando não abrange terceiros, o diagnóstico é dificultado porque os atos obsessivos não interferem nas condutas sociais.

A neurose obsessiva e as práticas religiosas, quando comparadas, implicam em semelhanças e diferenças. As semelhanças acontecem

na consciência angustiada quando algo não foi feito, no completo isolamento em relação a qualquer outra atividade (proibição de interrupção) e na conscienciosidade da execução dos detalhes (Freud, 1907, p.303-304).

Quanto às diferenças, pode-se dizer que

Existe maior variedade nos atos cerimoniais, à diferença do caráter estereotípico dos ritos (reza, prostração etc.); sua natureza particular contrasta com a natureza pública e comunal da prática religiosa; e há, sobretudo, a diferença de que os pormenores do cerimonial religioso são dotados de sentido e simbolismo, enquanto os do cerimonial neurótico parecem tolos e absurdos (Freud, 1907, p. 304).

Apesar da aparência absurda que suscitam os atos obsessivos individuais, pode-se dizer que determinam uma “religião privada” (Freud, 1907, p. 304) e, sob análise, possibilitam a compreensão de suas causas.

O sentido dos atos obsessivos e de seus detalhes, compreendidos em análise, evidencia que “estão a serviço de relevantes interesses da personalidade e dão expressão a vivências ainda atuantes e pensamentos investidos de afetos. Fazem isso de dois modos, como representações diretas ou simbólicas; e, portanto, devem ser interpretados de maneira histórica ou simbólica” (Freud, 1907, p. 304).

Assim, as manifestações dos atos obsessivos decorrem das experiências mais íntimas e, na maioria das vezes sexuais, dos sujeitos afetados. Contudo, é mais comum que os indivíduos adoecidos desconheçam o significado e o sentido de tais ações.

A análise é cabível aos neuróticos obsessivos, uma vez que possibilita atribuir sentido às ideias e aos atos obsessivos inconscientes. Já no âmbito da religião, o conhecimento dos reais motivos para realização dessas práticas não é compreendido pelos crentes.

As compulsões e proibições dos atos obsessivos são orientadas por um sentimento de culpa inconsciente. Esse sentimento de culpa constante provém de processos psíquicos da infância e se mantém ativos também nas novas

conjunções obsessivas criadas. Ao mesmo tempo, verifica-se a presença de uma angústia constante a qual se baseia na probabilidade de que alguma desgraça aconteça, como um castigo. Assim se circunscrevem os atos obsessivos. “Mas já está oculto, para ele, o nexo – sempre demonstrável – entre o ensejo no qual aparece a angústia expectante e o conteúdo com que ela o ameaça. Assim, o cerimonial tem início como *ato de defesa ou de garantia, medida de proteção* (Freud , 1907 p. 308)”.

A relação entre estes pontos que circunscrevem os atos obsessivos e a religião evidencia nos crentes o sentimento de culpa traduzido na ideia de que são pecadores. Seus cerimoniais são considerados também como medidas defensivas e protetoras.

De outro modo, é possível definir que os atos obsessivos são a expressão da “*repressão de um impulso sexual*” (Fred, 1907, p. 309). Nesse contexto, uma angústia constante importuna o sujeito, uma vez que a repressão impulso se mantém como uma tentação. Há assim, um conflito psíquico constante nos neuróticos obsessivos devido à pressão instintual. Por isso, se formam os atos cerimoniais e obsessivos como medida defensiva contra a tentação instintual “e, em parte, como proteção contra o infortúnio” (Freud, 1907, p. 310). Em determinado momento, as ações protetoras não são suficientes e manifestam-se as proibições.

Ressalta-se que, os atos obsessivos são sintomas que se manifestam na neurose obsessiva como consequência dos conflitos psíquicos.

Portanto, sempre reproduzem algo do prazer que se destinam a prevenir, servem tanto ao instinto reprimido como às instâncias que o reprimem. De fato, com o progredir da doença, as ações que originalmente cuidavam sobretudo da defesa semelham cada vez mais as ações proibidas, mediante as quais o instinto podia se expressar na infância (Freud, 1907, p. 310).

Assim como na neurose obsessiva, na perspectiva religiosa também é possível verificar a renúncia a instintos egoístas – com componentes sexuais - e socialmente danosos. O sentimento de culpa, do mesmo modo, se mantém em decorrência de tentações que não são totalmente extinguidas, algo que gera medo das punições divinas. Na vida dos crentes, os pecados denunciam que a repressão dos instintos sexuais não é totalmente efetiva o que implica nas recaídas pecaminosas.

Os rituais obsessivos associam-se a normas e restrições da vida cotidiana. Esse aspecto pode ser compreendido “quando sabemos que os processos psíquicos da neurose obsessiva são dominados pelo mecanismo do *deslocamento* psíquico, que encontrei primeiramente na formação dos sonhos” (Freud, 1907, p. 311).

O deslocamento destaca o movimento psíquico nos neuróticos obsessivos, uma vez algo verdadeiro e significativo é simbolizado pelas pequenas ações obsessivas cotidianas. Já no campo da religião, o processo é similar dado que “o pequenino cerimonial da prática religiosa se torna algo essencial, que empurra para segundo plano o seu conteúdo de pensamento” (Freud, 1907, p. 312).

Sendo assim, os atos obsessivos e as práticas religiosas se configuram da mesma forma, na medida em que evidenciam a renúncia intrínseca aos instintos. Sejam tais instintos, de natureza exclusivamente sexual, no caso da neurose, ou então de procedência egoísta, na religião.

A análise dos atos obsessivos como traço da estrutura da neurose obsessiva foi feita a partir de elementos teóricos fundamentados nos casos clínicos atendidos por Freud. A configuração deste sintoma estrutural atende a um dos objetivos do trabalho proposto.

No capítulo seguinte, retomam-se os estudos teóricos de outra estratégia obsessiva que se configura como um traço sintomático na estrutura clínica, a questão da dúvida.

CAPÍTULO 3

A NEUROSE OBSESSIVA E A DÚVIDA

Após a construção da neurose obsessiva como estrutura clínica, do entendimento dos atos obsessivos como um de seus traços a partir da elaboração teórica de Freud é possível compreender outro traço específico desta estrutura clínica, a dúvida.

Ao analisar o caso do Homem dos Ratos, Freud (1909), menciona algumas peculiaridades psíquicas dos neuróticos obsessivos. Para ele, o entendimento de características do paciente que dá origem ao caso, não cabem apenas como particularidade do sujeito, mas são encontradas como sintomas dos obsessivos.

Outra necessidade psíquica comum aos neuróticos obsessivos, que tem certo parentesco com a recém-mencionada e cuja investigação nos leva mais a fundo na pesquisa dos instintos, é a necessidade de *incerteza* na vida, de *dúvida*. A produção da incerteza é um dos métodos que a neurose utiliza para afastar o doente da *realidade* e tirá-lo do mundo – o que, por certo, é tendência de qualquer distúrbio psiconeurótico (Freud, 1909, p. 94).

A neurose obsessiva evidencia a incerteza como um de seus principais sintomas acerca de temas que perpassam por questões humanamente universais, tais como: “a paternidade, a duração da vida, a vida além-túmulo e a memória, na qual costumamos crer sem a menor garantia de que seja confiável” (Freud, 1909, p. 94-95).

A constante dúvida, presente como sintoma, na vida dos neuróticos obsessivos decorre dos mesmos instintos suprimidos em outras patologias, como é o caso da histeria e da paranoia. No entanto, este é um dos traços mais marcantes dessa estrutura clínica.

Os conflitos de sentimento que apresentamos separadamente não independem uns dos outros, são unidos em pares. (...) Se a um amor intenso contrapõe-se indissolavelmente um ódio quase tão forte, o resultado imediato é uma parcial paralisia da vontade, uma incapacidade de decisão em todos os atos nos quais o amor é motivo impulsor (Freud, 1909, p. 100 – 103).

Esta incapacidade de decisão se aplica às mais diversas atividades da vida cotidiana as quais o amor é a razão propulsora, o que gera o conflito com o sentimento oposto de ódio. Além disso, a indecisão inicial servirá como modelo para novos tipos de questionamentos. Por fim, pode-se dizer também que a dúvida está constantemente presente nos pensamentos obsessivos porque o mecanismo de deslocamento fundamenta grande parte das atividades dos neuróticos obsessivos (Freud, 1909, p. 103).

Como já abordado no capítulo anterior, sobre o ritual obsessivo, entende-se que o deslocamento funciona como mecanismo psíquico que substitui um ato verdadeiro e significativo em pequenas ações obsessivas. Do mesmo modo, este mecanismo de deslocamento funciona como mecanismo psíquico dos obsessivos que geram as incertezas.

O sintoma da dúvida, como consequência da inibição do amor pelo ódio, é atribuído aos mais insignificantes atos subjetivos, e acaba por desencadear atos obsessivos. Sendo esses, repetidos continuamente como medidas de proteção que sustentam a incerteza. “A *obsessão*, porém, é uma tentativa de compensar a dúvida e corrigir o intolerável estado de inibição de que a dúvida é testemunho” (Freud, 1909, p. 106).

A relação entre obsessão e dúvida pode ser marcada de duas maneiras: a primeira, de modo que a neurose obsessiva se fundamenta em pensamentos obsessivos; ou, de outra forma, de modo que o caso se oriente pelas próprias ações obsessivas. Freud (1909, p. 106) cita o termo “regressão” para explicar que o ato final pretendido pelo obsessivo não é alcançado, uma vez que o sujeito se envolve em ações ou ideias ruminantes anteriores.

Finalmente, Freud (1909, p.108) marca que

Tornam-se obsessivos aqueles processos de pensamento que (devido à inibição resultante do conflito de opostos no extremo motor dos sistemas mentais) se realizam com um dispêndio de energia – tanto qualitativa como quantitativamente – que normalmente é destinado apenas às ações, ou seja, *àqueles pensamentos que têm de representar atos regressivamente*.

A conduta obsessiva é marcada por uma “deformação” (Freud, 1909, p. 108) do pensamento obsessivo para evitar torná-lo consciente. No entanto, há também outra forma de afastar a ideia obsessiva da situação que a concebeu.

Com esse propósito, por um lado é *introduzido um intervalo* entre a situação patogênica e a ideia obsessiva dela decorrente, o qual confunde a investigação consciente das causas; por outro lado, o conteúdo da ideia obsessiva é separado de seus vínculos especiais mediante *generalização* (Freud, 1909, p. 109).

Circunscreve-se assim, a dúvida como um traço da neurose obsessiva. Os conteúdos teóricos elaborados por Freud acerca dos atos obsessivos e da dúvida estão estreitamente relacionados e obedecem a um modo específico do funcionamento psíquico, o deslocamento. Este capítulo nos permitiu examinar um ponto importante para compreensão da neurose obsessiva e assim, responder ao outro objetivo proposto para o trabalho: investigar a relação entre neurose obsessiva e a dúvida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro capítulo deste trabalho destinou-se a definir e a caracterizar a neurose obsessiva. As leituras dos textos iniciais de Freud acerca de suas investigações sobre a histeria possibilitaram demarcar a neurose obsessiva como outra neurose, distinta da histeria, com características próprias. Para chegar a essa conclusão, Freud elaborou diferentes teorias acerca da etiologia das neuroses.

Após delimitar a neurose obsessiva, o trabalho destinou-se a compreender dois traços sintomáticos que a caracterizam. Assim, foram estudados os atos obsessivos e a dúvida. Esses dois traços estão presentes na neurose obsessiva como sintomas, o que significa que os sujeitos podem se angustiar com questões individuais atreladas a essas marcas. Sendo assim, cada caso clínico submetido à análise irá fornecer dados particulares que sustentam estes traços.

O que se percebe na clínica, diante dos neuróticos obsessivos, é o imperativo da certeza decorrente da dúvida. A veracidade dessas afirmações subjetivas também se ratifica a partir dos rituais religiosos. Há assim, uma relação estreita entre a dúvida e as práticas religiosas obsessivas, como num ciclo em que tais sintomas são interdependentes em que a dúvida se torna uma certeza com a realização dos rituais e, como consequência, esses rituais afastam a dúvida subjetiva.

Para possibilitar o alívio da angústia subjetiva, é necessário criar condições para que as resistências entre o Eu e o sintoma sejam rompidas. O processo analítico é então, fundamental. Contudo, os impedimentos se fazem presentes durante a análise. Ao mesmo tempo em que os obsessivos ignoram suas ideias e atos que os adoecem, vê-se a oportunidade de se tratar dessas questões.

Os capítulos centrais da obra apresentaram, de modo limitado, um panorama sobre a neurose obsessiva. O detalhamento dos modos de funcionamento dos sintomas da dúvida e dos atos obsessivos nessa estrutura clínica permite uma melhor compreensão dos sujeitos adoecidos. Nesse

sentido, também evita uma confusão constante de um diagnóstico psiquiátrico e o conceito de neurose obsessiva no campo da psicanálise. Conhecer a fenomenologia do pensamento obsessivo afasta condições de um diagnóstico psicopatológico circunscrito na lógica medica contemporânea.

Um aspecto a ser considerado sobre o traço da religiosidade e a neurose obsessiva é que há ainda outros aspectos que compreendem esta estrutura clínica capazes de serem relacionados à religião. No entanto, a ideia foi circunscrever a relação entre essa neurose e a religiosidade quanto aos atos obsessivos. Ficam abertas outras propostas para estudo desta relação.

Para fechar o trabalho, estas considerações finais são feitas em uma parte que encerram os estudos propostos aqui, com respostas parciais aos questionamentos levantados, deixando em aberto um aprofundamento para outros estudos e investigações posteriores.

REFERÊNCIAS

Camargo, Sabrina Gomes. (2005). *Considerações freudianas sobre a neurose obsessiva*. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_07/artigo_05_port.html. Acesso em: 20/jul/2016.

Freud, S. (1984). *As Neuropsicoses de Defesa*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1986a). *A Hereditariedade e a etiologia das neuroses*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (1986b). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

Freud, S. (1907). *Atos obsessivos e práticas religiosas*. (Paulo César de Souza, Trad.). In: Sigmund Freud. *Obras completas, vol. 8: O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. (pp. 300-313). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1908). *Caráter e erotismo anal*. (Paulo César de Souza, Trad.). In: Sigmund Freud. *Obras completas, vol. 8: O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. (pp. 350-358). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. (Paulo César de Souza, Trad.). In: Sigmund Freud. *Obras completas, vol. 9: observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O Homem dos Ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. (pp. 13- 112). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913). *A disposição à neurose obsessiva. Uma contribuição ao problema da escolha da neurose*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (1917). *As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal*. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (1926). Inibições, sintoma e ansiedade (Paulo César de Souza, Trad.). In: Sigmund Freud. *Obras completas, vol. 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. (pp. 13- 123). Rio de Janeiro: Imago.

Roudinesco, E. (1998). *Recalque*. In: Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1944).