



A NEUROSE NOSSA DE CADA DIA

Alessandra Vieira do Carmo Rosa¹
Cristiane Fernandes Ramos²
Karla Elizandra Corrêa da Costa³
Regiane Picão Moura⁴
Epaminondas de Matos Magalhaes⁵

RESUMO: A Neurose é uma doença que vem afetando diversas pessoas na sociedade e muitos desses sujeitos preferem viver com a doença a admitir que elas possuam um diagnóstico de neurótico. O presente trabalho pretende discutir os problemas da neurose que, sem se perceber, ocorrem, no dia a dia. Lembra que, se o indivíduo vai ao médico e faz exames, toma os medicamentos e o sintoma ainda continua, pode-se considerar que ele tem uma destas neuroses: angústia, fobia, pânico, pavor, paranoia e medo; todos esses sintomas podem ser considerados neurose de defesa que é dividida em histeria de angústia e neurose obsessiva. Também serão abordadas as diferenças entre as estruturas da neurose, a neurose histérica e a neurose obsessiva, bem como suas etiologias e características clínicas. Neste estudo segue-se a linha dos textos freudianos para expor as semelhanças e diferenças das estruturas da neurose e a contribuição de Lacan.

PALAVRAS-CHAVE: Neurose. Tipos de Estruturas Neuróticas. Neurose Histérica e Obsessiva.

THE EVERY DAY OF OUR NEUROSIS

ABSTRACT: Neurosis is a disease that has affected many people in the society and many of these guys who have this disease prefer to live with them to admit that they have a diagnosis of neurotic. The present work intends to discuss the problems of neurosis that without realizing occurs on a daily basis, as if the individual goes to the doctor and makes tests, takes drugs and is still the symptom, it can be considered that he has one of those neurosis: anxiety, phobia, panic, fear, paranoia, and fear, all of these symptoms can be considered defensive neurosis which is divided into hysteria of anxiety and neurosis obsessive. Also addressed will be the differences between neurosis structures, the hysterical neurosis and obsessive neurosis and its

¹ Acadêmico do 5º Semestre de Psicologia da Faculdade do Pantanal, Cáceres, MT. Email: fapan@fapan.edu.br

² Acadêmico do 5º Semestre de Psicologia da Faculdade do Pantanal, Cáceres, MT. Email: fapan@fapan.edu.br

³ Acadêmico do 5º Semestre de Psicologia da Faculdade do Pantanal, Cáceres, MT. Email: fapan@fapan.edu.br

⁴ Psicóloga. Pós graduanda *strictu sensu* em Farmácia pela Universidade Anhanguera. Pós Graduada em Gestão de Pessoas pela Universidade de Cuaiba. Email: regianepicao@gmail.com

⁵ Professor do Instituto Federal de Mato Grosso. Doutor pela PUC-RS. Email: epaminondas.magalhaes@plc.ifmt.edu.br



etiology and clinical features. In this study follows one line of Freudian texts to expose the similarities and differences of neurosis structures and the contribution of Lacan.

KEYWORDS: Neurosis. Types of Neurotic Structures. Hysterical Neurosis and Obsessive.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, a sociedade, de um modo geral, tem um novo olhar sobre as relações dos indivíduos, pois, com o passar do tempo, houve grandes mudanças, aconteceram várias reivindicações, um exemplo é o das mulheres, que antigamente eram muito submissas aos homens, e, hoje, elas lutam por seus direitos de igualdade. A mulher e o homem estão no mesmo patamar, no qual o homem ocupa uma posição histórica e a mulher, por sua vez, passou a ocupar o papel neurótico obsessivo, ou vice-versa.

Muitas pessoas não sabem que têm sintomas da neurose, pois, sem que percebam eles ocorrem no seu dia a dia. Segundo Freud (1999), a neurose atual não é produzida por conflitos históricos, mas, sim, por motivos atuais, de modo que ela não depende estritamente de fatores psicológicos. Os indivíduos que apresentam características da neurose são pessoas que possuem doenças afetivo-emocionais e de personalidade e ela acontece quando o indivíduo reage com exagero a uma experiência já vivida. O paciente neurótico tem reações e comportamentos diferentes, apresentando ansiedade, medo de certas situações, é preocupado, enfim, os indivíduos que são neuróticos sentem tudo o que uma pessoa normal sente no seu dia a dia, mas sempre exageradamente. Além disso, os neuróticos sabem dos seus problemas, sofrem com isso, mas não são capazes de solucioná-los.

De acordo com Mijolla (2005), as neuroses são transtornos psíquicos, sem substrato anatômico detectável. Existem formas específicas de manifestação da neurose, dentre elas: neurose obsessiva, histérica e grandes variedades de fobias e, de acordo com a psicanálise, a maioria das pessoas é afetada de alguma maneira pela neurose.

Laplanche e Pontalis definem a neurose como uma “[...] afecção psicogênica que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre o desejo e a defesa.” (1998, p.296).

Os pacientes portadores de estruturas neuróticas caracterizam-se pelo fato de apresentarem algum grau de sofrimento e de desadaptação em alguma ou mais de uma área



importante em sua vida, sexual, familiar, profissional ou social. Em 1898, Freud escreveu um artigo com o título “A Sexualidade na Etiologia das Neuroses”, no qual, de forma mais detalhada, descreve que pesquisas exaustivas levaram-no a reconhecer que as causas mais imediatas e mais importantes de todos os casos de doença neurótica devem ser achadas em fatores emergentes da vida sexual.

De um viés psicanalítico, podem-se discriminar, de forma genérica, cinco tipos de estruturas neuróticas: a de angústia, a histeria, a obsessivo-compulsiva e a fobia. Serão relatados alguns pontos relevantes desses sintomas para uma melhor compreensão, pois, de alguma forma, eles aparecem mesclados e por isso é necessário que haja esclarecimento de todos.

TIPOS DE ESTRUTURAS

Como já foi abordado acima, é importante discutir os conceitos, para se ter um melhor entendimento dos sintomas, pois, no psiquismo de cada indivíduo haverá uma manifestação diferente.

Freud estudou a neurose de angústia em sua obra, a partir de sua monografia “Inibições, sintomas e angústia” (1926); a angústia seria conseqüente à repressão, o que provocaria uma libido acumulada que funcionaria de uma maneira “tóxica” no organismo. Segundo o livro “Fundamentos Psicanalíticos” (1999), a neurose de angústia consiste em um transtorno clínico que se manifesta por meio de uma angústia livre; por sua vez, a palavra angústia deriva do latim *angor*, que quer dizer “angustura, estreitamento, apertamento”, o que traduz fielmente os sintomas que emergem e ficam livremente manifestos. Nos quadros clínicos em que prevalece uma recorrência de episódios de crises de angústia, é importante que se saiba que está se tratando do transtorno conhecido como “doença do pânico”. Porém o termo neurose de angústia caiu em certo desuso, visto que ela ora se confunde com a síndrome do pânico, ora com a neurose atual, ora com a angústia dos fóbicos diante de situações especificamente ansiogênicas. Freud designava as fobias com a denominação de “histeria de angústia” o que evidencia a sua percepção de que a neurose de angústia e a fobia são parentes íntimos.

Uma complexa e diversificada combinação de pulsões, fantasias, angústias, defesas do ego e identificações patógenas pode determinar na personalidade do sujeito uma



estruturação de natureza fóbica. A neurose fóbica é confundida com as demais estruturas, porém o diagnóstico diferencial deve ser estabelecido entre as fobias, que vêm acompanhadas por uma intensa angústia-pânico, e aqueles quadros clínicos similares que se manifestam na “doença do pânico”. Nem sempre é fácil a distinção entre ambas, no entanto, um critério útil consiste no fato de que na fobia há a predominância de umas circunstâncias (objeto, local, alguma cena...) bem determinadas, bastando evitá-las para que a angústia cesse, enquanto no transtorno do pânico é mais difícil correlacionar a origem desencadeante da causa da angústia com alguma clara causa definida e desencadeante.

A fobia pode ser originária da clássica conflitiva da fase fálica-edípica, com o respectivo “complexo de castração”, tal como está magistralmente descrito por Freud na fobia que o menino Hans tinha por cavalos. Entretanto, há evidências de que a fobia também pode estar radicada na fase anal, até mesmo porque essa etapa evolutiva coincide com os processos de “separação e individuação” da criança, conforme os estudos de M. Mahler e colaboradores (1975). Além da angústia de castração, também está presente em qualquer fobia alguma forma de ansiedade e, sobretudo, de desamparo.

Na clínica, os estados fóbicos sempre vêm acompanhados de manifestações paranoides e obsessivas, e sempre estão encobrendo uma depressão subjacente. Há uma acentuada tendência a manifestações de natureza psicossomática. Na situação, em geral, mantenha a técnica da regulação afetiva com o terapeuta, de modo a não ficar nem próximo demais, para não ocorrer o risco de ser engolfado, e nem tão longe que possa ocorrer o risco de perder o vínculo e o controle sobre o necessitado analista.

Na atualidade há diversos conceitos de histeria, podendo ela ocorrer nos sexos masculino e feminino. De acordo com os estudos psicanalíticos, a clínica da histeria é uma das bases principais da Psicanálise, por haver estudos relacionados ao psiquismo.

O termo “histeria” costuma aparecer nos textos psicanalíticos, com formas e significados muitas vezes bastante distintos e até algo contraditório entre si. Tanto é que a histeria é o campo mais amplo da psicanálise. O conceito de histeria abrange muitas modalidades e graus de quadros clínicos, dentre eles, neurose histérica, ou presença de traços histéricos em, praticamente, todas as personalidades normais ou patológicas.

De acordo com Quinet (2005),



A histeria não é apenas um tipo de sintoma, cujos vestígios encontramos nos transtornos conversivos e dissociativos, mas um tipo clínico de neurose, ou seja, uma forma de lidar com a castração que se distingue da fobia e da neurose obsessiva. É também uma estratégia do desejo específica e distinta de tantas outras (QUINET, 2005, p. 178)

Do ponto de vista psicanalítico, cabe tomar a subdivisão de Zetzel (1968) que propõe a existência de quatro subtipos de pacientes histéricas, as quais ele denominou:

1) As verdadeiras ou boas histéricas, que atingem a condição de casar, ter filhos, com bom desempenho profissional e que se beneficiam com a psicanálise. 2) Outras também, verdadeiras, com casamentos complicados, geralmente de natureza sado masoquista, que não conseguem manter por muito tempo um satisfatório compromisso com a análise. 3) Aquelas pacientes que manifestam sintomas histéricos, que lhes confere uma fachada de pessoa histérica, mas que, na verdade, encobre uma subjacente condição bastante depressiva, sendo que essas pessoas não se completam em nenhuma área da vida. 4) As “pseudo-histerias”, presentes em personalidades muito mais primitivas, sendo que a sua extrema instabilidade emocional justifica a antiga denominação “psicose histérica”. (ZETZEL, 1968, p. 29)

Ainda, segundo Zetzel (1968), a indicação da psicanálise para as duas últimas formas de personalidade histérica, especialmente a última, seria muito discutível. A mulher é vista hoje na sociedade como a mulher que reivindicou ter os mesmos direitos que a cultura concedeu aos homens. O papel da mulher na sociedade mudou completamente, e seria lamentável classificar uma mulher dinâmica, forte, emancipada e determinada, como histérica.

Também varia bastante a questão da etiologia da histeria, visto que prioriza o polo fálico, edípico, até outros psicanalíticos que mais enfaticamente valorizam o polo oral, narcísico. E também varia muito sobre o contexto sociocultural, pois as histerias se modificam em uma determinada época.

As histerias são divididas em dois tipos, e são denominadas conversivas e dissociativas. A histeria conversiva diz respeito ao fato de que os conflitos sofrem uma “conversão” nos órgãos dos sentidos, como cegueira, surdez, perda do tacto, alucinação, etc. e no sistema nervoso voluntário, contraturas musculares, paralisias motoras, etc. “Na histeria a ideia incompatível é tomada inócua pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática. Para isto eu gostaria de propor o nome de conversão.” (FREUD, 1894, p. 61)



Freud acrescenta que, na realidade, o grande fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas, sim, a capacidade de transpor grandes somas de excitação para a inervação somática.

Já a histeria dissociativa possui sintomas clínicos mais comuns, como desmaiios, desligamentos, ataque do tipo epiléptico, estados de “belle indifference”, sensações de despersonalização e estranheza, estados crepusculares, etc.

Freud (1909), para responder à questão da neurose obsessiva, se deteve a estudar um caso clínico específico, que era conhecido como caso “homem dos ratos”.

Seu protagonista é um jovem que sofria de sintomas clássicos de neurose obsessiva, apresentava um estado que funcionava como uma resposta à angústia que desencadeou sua crise, como ideias terríveis que sempre voltam e que requerem o cumprimento de certos rituais para que não se tornem realidade. O paciente teme que coisas terríveis ocorram com seu pai e com uma dama. Esse caso relata a questão da vida sexual do paciente, que vem a acontecer desde os quatro ou cinco anos. Lacan, em sua “Conferência em Genebra sobre o sintoma”, diz que o encontro com a ereção não é autoerótico, é o que existe de mais hetero, é traumático. O paciente tinha pensamentos bizarros em relação à ereção que se ligava com seus pensamentos e sua curiosidade sexual; ele temia a morte de seu pai, se pensasse no sexual e, então, tentava impedir esses pensamentos.

Freud pensa que tudo isso não é início da doença, mas de preferência a própria doença. Toda a neurose obsessiva está ali, na neurose infantil que comporta sob a forma de sintoma. Porém, ele tem um conflito com seu pai na infância, cujo motivo são os desejos sexuais contrariados pelo pai e por quem deve ter sido severamente castigado.

Essa obsessão caracterizava-se por um medo de que a tortura dos ratos fosse aplicada às pessoas que lhe eram queridas, de alguma forma. Essas pessoas eram, especificamente, uma empregada a quem dedicava um amor idealizado e com quem havia se envolvido pouco antes de o pai impedi-lo, a constelação familiar do sujeito: a mulher pobre, encarnada na empregada, e o pai, um pai imaginado no além depois de morto.

A neurose obsessiva implica um grau de sofrimento e aos demais, e também em algum prejuízo no seu funcionamento na vida familiar e social. Os pensamentos na neurose obsessiva são efeitos de afetos no corpo, ligados à captura do corpo no discurso. Os pensamentos que afetam o corpo fazem sofrer o obsessivo.



O neurótico obsessivo, de acordo com os fatores etiológicos, consiste na existência de pais obsessivos que impuseram um superego por demais rígido e punitivo; tem uma exagerada carga de agressão que o ego não conseguiu processar, e uma falha da capacidade do ego na função da síntese e discriminação das permanentes contradições que atormentam o obsessivo. Do ponto de vista estrutural, há um constante conflito intrassistêmico (o ego está submetido ao superego cruel e, ao mesmo tempo, ele está pressionado pelas demandas enérgicas do id) assim como um conflito intrassistêmico, por exemplo, dentro do próprio id, as pulsões de vida e de morte podem estar num forte conflito; ou, nas representações do ego, o gênero masculino e o feminino não se entendem entre si, etc.

O que caracteriza um verdadeiro neurótico obsessivo está longe de serem as suas obsessões, mas, sim, a sua habilidade ao pensar. Diferente do histérico que age, se mobiliza, encena e faz de sua vida um espetáculo com direito a plateia, o obsessivo cogita, pensa. Diante da intensa ruminação mental, repleta de dúvidas, seu agir é suprimido. Isso não o impede de sofrer e de, assim como a histérica, ter o seu corpo afetado. No seu dia a dia, parece ser uma pessoa sem problemas, vivendo uma vida em que geralmente tudo vai bem. É uma pessoa respeitosa, educada, mas pobre em relações. Procura viver de forma impessoal, tentando ao máximo suprimir seu desejo diluído em necessidades ou tarefas minuciosamente cumpridas.

O obsessivo apresenta características de conflito entre as instâncias psíquicas que explicam os sintomas, como ordem de limpeza, disciplina, enfim, sendo que a obsessão pode manifestar-se com dois perfis: um se manifesta sob uma forma passiva (corresponde à chamada fase anal retentiva) e o outro tipo é de natureza ativa (corresponde à fase anal expulsiva), como foram denominadas por Abraham (1919). Os primeiros, aqueles obsessivos que podem ser considerados como sendo do tipo “passivo submetido”, apresentam uma necessidade enorme de agradar a todas as pessoas, devido à sua intensa ansiedade, as quais ficam o tempo todo pedindo desculpas, por favor, com licença, muito obrigado, etc. A segunda modalidade consiste no tipo “ativo-submetedor”, que resulta de uma identificação com o agressor pelo qual o sujeito adquire as características de exercer um controle sádico sobre os outros, aos quais ele quer impor suas verdades.

Frequentemente os obsessivos encaram a sexualidade do ponto de vista da analidade (cuidados de limpeza e assepsia, sentimento de ser propriedade, ou ser proprietário



do parceiro, controle do orgasmo e exagerados escrúpulos em utilizar os recursos orais e anais que uma sexualidade adulta permite).

Vale ressaltar também que, de acordo com Freud,

Na histeria um evento traumático pode cair na amnésia, na neurose obsessiva a experiência não é esquecida, mas destituída de afeto, e suas conexões associativa são suprimidas ou interrompidas, de modo que permanece como isolada [...] (FREUD, 1926, p. 121).

Ou seja, enquanto na histérica a atividade sexual precoce é recalçada e cai no esquecimento, na obsessiva, é conservada na memória, mas destituída de toda e qualquer carga afetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos estudos psicanalíticos sobre a neurose e suas estruturas, é de suma importância identificar os tipos, para que ocorra um diagnóstico correto, pois os conceitos acabam se mesclando. Hoje, no cotidiano, é comum aparecerem pessoas em clínicas, apresentando os sintomas da neurose, sendo elas, histérica ou obsessiva e diversidade de fobias. Este artigo foi elaborado com o objetivo de esclarecer o que é a neurose e suas estruturas e como ela ocorre no dia a dia dos sujeitos. Diante de determinadas situações todos possuem reações emocionais, sendo que um neurótico expressa de forma exagerada, deixa de realizar algumas atividades, foge dos eventos sociais, tem uma incidência maior de depressão, preocupa-se mais do que as demais pessoas, sofre sempre por antecedência. Além disso, os neuróticos sabem dos seus problemas, mas sentem que não precisam procurar ajuda, e acabam sofrendo com isso. É preciso que as pessoas que participam da vida de indivíduos que apresentam esses sintomas se atentem e busquem ajudá-los levando-os a especialistas que possam resolver ou controlar a doença.

REFERÊNCIAS



ABRAHAM, K. Uma forma particular de resistência contra El método psicoanalítico. In: **Psicoanálisis clínico**. Buenos Aires: Paidós, 1959. p. 231-237.

BREUER, Joseph e FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria. In **Obras Completas**, vol II, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. Duas histórias clínicas o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”. In: **EDIÇÃO standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: **EDIÇÃO standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. II, 1968.

_____ (1923). **Dois artigos de enciclopédia: psicanálise e teoria da libido**, v. XVIII.

_____ (1923). **O ego e o id**, v.XIX.

_____ (1926). **Inibições, sintomas e angústia**, v.XX.

FREUD, S. A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses. In: **EDIÇÃO standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1896. Vol. III, p. 141-155, 1996.

LACAN, J. (1949-60). **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. (1967). **Vocabulário da psicanálise**. Santos: Livraria Martins Fontes, 1970.

MAHLER, M. (1971). **O renascimento psicológico da criança: simbiose e individuação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

QUINET, Antônio. **As condições da análise**. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ZETZEL, E. (1956). **The current concepts of transference**. Int. J. Psychoanalysis, v.37, p.369-376.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**/ David E. Zimmerman. – Porto Alegre: Artmed, 1999.