

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

**Angústia e perseguição na hipocondria: a eterna  
atualização do mesmo**

Patrícia Paraboni

2014



## **Angústia e perseguição na hipocondria: a eterna atualização do mesmo**

Patrícia Paraboni

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Rio de Janeiro

Julho/2014

## **Angústia e perseguição na hipocondria: a eterna atualização do mesmo**

Patrícia Paraboni

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada por:

---

Profa. Dra. Marta Rezende Cardoso

---

Profa. Dra. Cláudia Amorim Garcia

---

Profa. Dra. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

---

Profa. Dra. Maria Isabel de Andrade Fortes

---

Profa. Dra. Regina Herzog

Rio de Janeiro

Julho/2014

Paraboni, Patrícia

Angústia e perseguição na hipocondria: a eterna atualização do mesmo.

Patrícia Paraboni. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2014

145 f. ; 29,7 cm

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Tese (Doutorado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2014.

Referências Bibliográficas: f. 140-145.

1. Hipocondria. 2. Perseguição. 3. Alteridade. 4. Psicanálise. 5. Tese (Doutorado). I. Cardoso, Marta Rezende. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título

## Agradecimentos

À Marta Rezende Cardoso pela aposta, incentivo, paciência e compreensão durante este percurso. Sua generosidade na transmissão da Psicanálise foi fundamental na construção desta tese. As orientações foram guias importantes no caminho percorrido, tornando possível o desenvolvimento das ideias propostas neste trabalho.

Às professoras Regina Herzog e Isabel Fortes pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ, aos funcionários e professores pelo acolhimento e ensinamentos.

Às amigas e companheiras de percurso Camila Peixoto Farias, Raquel Del Giúdice Monteiro e Gabriela Maldonado Borges pela amizade, apoio, incentivo, trocas, risadas e bons momentos.

A Maiquel Canabarro e Marcos Monteiro pela amizade.

Aos colegas e companheiros de equipe: Bianca Savietto, Leandro Rafael Ferreira dos Santos, Lívia Cavalcanti, Ney Klier Padilha Netto, Macla Ribeiro Nunes, André Luiz Alexandre Vale, Diana Borschiver, Fernanda Couto Catarino, Vera Lúcia Alves dos Santos, Mariana Rondon, Bruno Fontes, Paulo Giovanni Goulart Ritter, Pedro Efken, Ana Maria Guerrero Espinoza, Arthur, Danielle, Camila pelos momentos de troca, de diversão e pela amizade.

À memória da Profa. Dra. Maria Luiza Furtado Kahl, querida Marilú, pelo incentivo, ensinamentos, amizade, generosidade, carinho, ajuda e por ter acreditado neste projeto. Seu entusiasmo pela pesquisa e pela Psicanálise foi contagiante e me trouxe para caminhos desconhecidos, que me proporcionaram experiências surpreendentes e enriquecedoras. Minha gratidão e saudades.

Ao meu marido, Diego Frichs Antonello, pelo amor, apoio, incentivo, alegria e todos os ótimos momentos que temos passado ao longo dos anos. Companheiro fundamental nas aventuras da vida e no aprendizado da Psicanálise.

Aos meus pais, Duilo e Maria Iracema Paraboni, que me ensinaram o valor e a importância do conhecimento, despertando a curiosidade necessária que sempre impulsionou minha pesquisa e estudo.

A Maria Eliza, Luiz Carlos, Rosani, Isabel, Caren, Bianca, Franciele, Ana Luiza, Douglas, Rita, Délcio, Andresa, Eni, Nina e demais familiares pelo carinho, apoio, torcida e incentivo.

A Luiz e Paula Antonello pelo carinho e apoio.

À Ana Maria Continentino pelo acolhimento, escuta, carinho, incentivo e por me ajudar a encontrar o melhor caminho a seguir em momentos difíceis.

Aos amigos Pétria Moreira Fonseca e André Félix de Sousa pelas palavras de apoio, incentivo e trocas.

Aos tantos mestrandos e doutorandos que conheci neste período e que de alguma maneira enriqueceram meu percurso nesta incursão à Psicanálise.

Ao Pedro Henrique Bernardes Rondon, pelo trabalho de revisão desta tese.

Ao CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

## **Dedicatória**

A Diego Frichs Antonello,  
Pelo apoio, pelo encorajamento e por ter abraçado este projeto comigo.

## Resumo

### **Angústia e perseguição na hipocondria: a eterna atualização do mesmo**

Patrícia Paraboni

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Nesta tese investigamos o tema da hipocondria dando destaque à dimensão persecutória do corpo, característica central dessa patologia. Tendo em vista a sua singularidade e complexidade, sustentamos a ideia de que sua gênese se ancora nos primórdios do processo de constituição psíquica, no qual sublinhamos as relações existentes entre ego e corpo e, igualmente, entre o ego e o outro.

Uma das particularidades da hipocondria é a de poder estar presente em qualquer quadro psicopatológico. O apelo que o ego faz ao registro do corpo cumpre a função de domínio das excitações pulsionais, indicativo da importância da esfera sensorial na formação da vida psíquica. Desse modo, supomos haver uma “experiência hipocondríaca” de caráter estruturante. Em sua vertente patológica, opera-se um retorno ao regime do ego corporal, como defesa elementar que, paradoxalmente, produz um vivido subjetivo persecutório advindo do corpo físico, o que se manifesta através de insensato e constante temor de adoecimento.

O corpo se torna um objeto perseguidor por meio do mecanismo de projeção que, neste caso, possui um traço particular. Como fundamento desse modo de funcionamento, próprio à hipocondria, analisamos a questão do superego, instância que aqui se apresenta como “corpo estranho” de caráter radical, no sentido de enclaves resistentes ao trabalho de representação e de recalque. A hipocondria tem base traumática cuja temporalidade é marcada pela presentificação de uma experiência subjetiva arcaica, agenciada pelo ego corporal, recurso extremo ante os efeitos devastadores da irrupção de um excesso pulsional.



**Palavras-chaves:** hipocondria, perseguição, alteridade, psicanálise, tese de doutorado,

Rio de Janeiro  
Julho/2014

## **Abstract**

Anxiety and persecution in hypochondria: the eternal updating of the same

Patrícia Paraboni

Tutor: Marta Rezende Cardoso

Abstract of the Thesis presented to the Post-graduation Programme of Psychoanalytic Theory, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, as a part of the requisite for obtaining the Doctor's Degree in Psychology.

In this thesis we investigate the issue of hypochondria highlighting the persecutory dimension of the body, central feature in this pathology. Given its uniqueness and complexity, we defend the idea that its genesis is anchored in the early process of psychical constitution in which we emphasize the relationship between ego and body and also between the ego and the other.

One of the peculiarities of hypochondria is that it can be present in any psychopathological condition. The ego's appeal to the body register fulfills the function of dominating the drive excitations, indicative of the importance of the sensory sphere in the formation of psychic life. Thus, we assume there is a "hypochondriac experience" with a structuring nature. In its pathological aspect a return to the bodily ego regime comes about as an elementary defense, which paradoxically brings about a persecutory subjective experience arising from the physical body, and that manifests itself through a senseless and constant fear of illness.

The body becomes a persecuting object through the mechanism of projection which, in this case, has a particular aspect. In support of this mode of operation, peculiar to hypochondria, we analyze the issue of superego, an instance that is presented here as a "foreign body" with radical character, in the sense of enclaves that resist to the work of representation and repression. Hypochondria has a traumatic basis whose temporality is marked by the presenting of an archaic subjective experience, brought about by the bodily ego, extreme resource against the devastating effects of the emergence of drive excess.

**Keywords:** Hypochondria, Persecution, Otherness, Psychoanalysis, Doctorate (Thesis).

Rio de Janeiro

July/2014

"Positivamente, estou doente... Estou com febre, horrivelmente febril, ou melhor, em um estado de debilitação febril, que faz a alma sofrer tanto quanto o corpo. Tenho, continuamente, a horrível sensação de perigo iminente, o receio de alguma futura desgraça ou da morte próxima. Pressentimento que é, sem dúvida, o acesso de uma doença ainda desconhecida, que germina na carne e no sangue".

(Guy de Maupassant, O Horla, 1887)

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo I: A hipocondria em Freud: confluência em distintos quadros clínicos .....</b>	<b>19</b>
I.1 – As primeiras elaborações freudianas sobre a hipocondria (1890-1898) .....	19
I.1.1 – Teoria da sedução: a primeira teoria do trauma (1892-1897) .....	22
I.1.2 – Neuroses atuais e psiconeuroses .....	23
I.1.3 – Hipocondria e histeria de conversão .....	25
I.1.4 – Hipocondria na neurose obsessiva .....	28
I.2 – Hipocondria: a terceira neurose atual.....	30
I.2.1 – Hipocondria e paranoia .....	33
I.2.2 – A presença da hipocondria na parafrenia .....	36
I.3 – Segunda teoria do trauma: um novo olhar sobre a hipocondria .....	38
I.3.1 – A segunda teoria da angústia: passividade e desamparo .....	43
<b>Capítulo II: Experiência hipocondríaca do corpo: aspectos constitutivos e patológicos .....</b>	<b>47</b>
II. 1 – A experiência hipocondríaca nos processos constitutivos .....	47
II.1.1 – Desamparo e experiência hipocondríaca do corpo .....	47
II.1.2 – Para além do biológico: o corpo pulsional.....	50
II.1.3 – Sedução e apoio: base da constituição do corpo pulsional .....	52
II.1.4 – Autoerotismo: a emergência do eu corporal .....	54
II.1.5 – Narcisismo e constituição do eu psíquico .....	56
II.1.6 – Do eu corporal ao eu psíquico .....	58
II.1.7 – A dimensão hipocondríaca nas dinâmicas inconscientes estruturantes .....	61
II.2 – Hipocondria patológica.....	63
II.2.1 – Hipocondria: retorno ao autoerotismo .....	64
II.2.2 – O saber e a hipervigilância do corpo na hipocondria.....	67
II.2.3 – Corpo doente: condição de existência e de apelo ao outro .....	71
<b>Capítulo III: A dimensão persecutória da hipocondria.....</b>	<b>76</b>
III.1 – O mecanismo de projeção em Freud .....	76
III.2 – A projeção sobre o corpo na hipocondria .....	80
III.3 – O caráter persecutório no universo intrapsíquico .....	83
III.4 – O caráter persecutório do superego à luz da teoria da sedução generalizada..	87
III.5 – O caráter persecutório na relação eu-corpo .....	90
III.6 – O “caso” Glenn Gould.....	94
III.7 – Quando a estraneidade emerge no corpo .....	99

**Capítulo IV: Tempo do arcaico e memória corporal na hipocondria 104**

IV.1 – Trauma e temporalidade: uma releitura do “atual” .....	104
IV.2 – Memória corporal: memória de um tempo sempre presente .....	109
IV.3 – Percepção, tempo e memória.....	112
IV.4 – Pseudopercepção e trauma: marcas do congelamento do tempo .....	115
IV.5 – O caráter literal e “ultraclaro” das sensações hipocondríacas .....	119
IV.6 – Testes de realidade: atualização contínua da vigilância.....	122
IV.7 – Angústia de morte, tempo do desespero.....	125
IV.8 – A eterna atualização do mesmo.....	129
<b>Considerações finais.....</b>	<b>132</b>
<b>Referências.....</b>	<b>140</b>

## Introdução

A hipocondria constitui objeto de investigação de difícil apreensão e compreensão, interrogando-nos, em primeiro lugar, sobre a complexidade da relação existente entre corpo e psiquismo. No cenário contemporâneo um estudo sobre este tema possui grande relevância, em particular no campo da Psicanálise. A clínica atual tem se deparado com grande incidência de casos cuja queixa é especialmente centrada no corpo, envolvendo desde questões que tocam o campo da estética (ideal do corpo perfeito), situações psíquicas expressas no registro do corpo somático, até a busca desenfreada por uma vida supostamente saudável. A doença física tornou-se quase um sacrilégio, quando medicamentos de todos os tipos, suplementos alimentares e vitamínicos e variadas atividades físicas prometem garantir saúde perfeita que, em última análise, prolongaria a vida.

Na hipocondria, nenhuma lesão ou comprometimento orgânico é detectado nos exames médicos. A que estaria referida, então, a inquietação do sujeito em relação ao seu estado de saúde? Numa investigação sobre as múltiplas questões envolvidas nessa situação clínica, o olhar da Psicanálise diz respeito a uma dimensão corporal que ultrapassa a lógica anátomo-biológica, própria ao campo da Medicina, dirigindo-nos ao universo de um corpo pulsional. Este emerge apoiado no corpo biológico, mas dele se desvia.

A constituição da subjetividade humana tem seu início na experiência corporal e no encontro com o outro, aspecto essencial nas determinações das manifestações corporais psicopatológicas, tais como a hipocondria. Analisar as relações eu/corpo e eu/outro constitui tarefa da maior importância numa reflexão sobre a psicogênese e especificidade dessa patologia que se expressa no espaço corporal, mas implica o endereçamento a um outro a quem é dirigida intensa e insaciável demanda de cuidado.

A tese que desenvolvemos sobre a hipocondria vem dar continuidade às contribuições que procuramos oferecer ao longo de todo o nosso percurso de pesquisa. Temo-nos dedicado a apreender a singularidade de patologias nas quais a relação corpo-psiquismo está particularmente em questão. Inicialmente, no trabalho de conclusão de nosso curso de graduação em Psicologia, nos dedicamos a explorar a noção de complacência somática na histeria, situando os fundamentos do processo de formação de sintomas conversivos. Na dissertação de mestrado que viemos a realizar, seguimos

investidos na questão da articulação entre os registros do corpo e do psiquismo, tendo como foco, dessa vez, o fenômeno da dor física crônica, suas determinações e destinos na clínica psicanalítica.

A principal meta da pesquisa de Mestrado foi investigar a origem psicogênica no fenômeno doloroso crônico sem comprometimento orgânico em sua etiologia. Defendemos que tal fenômeno se aproxima da melancolia, seja pelo aspecto econômico, seja pela impossibilidade de realização de um trabalho de luto. Nossa atenção se centrou na noção de trauma, uma das principais determinações no fenômeno da dor física crônica onde, paradoxalmente, a convocação do corpo funciona como forma extrema de proteção do psiquismo diante do traumático. As queixas de dor física comportam um apelo ao outro como demanda de legitimação, em última instância, de uma dor psíquica.

A partir dessas questões, particularmente a da queixa crônica de um corpo doloroso, vimo-nos estimulados a nos debruçar sobre outro fenômeno psicopatológico onde a problemática do corpo é absolutamente central: a hipocondria. Assim como na situação de dor física crônica, a queixa do hipocondríaco diz respeito a um mal-estar que incide no corpo somático. Constata-se, entretanto, que não haveria dano orgânico que pudesse justificar a queixa e a inquietação desses sujeitos.

Estamos novamente diante de outra dimensão da esfera corporal, distinta daquela que concerne ao corpo biológico, e que exige investigação sobre a dinâmica e economia pulsionais envolvidas. Aí reside o fundamento daquilo que se passa na complexa relação entre corpo e psiquismo que, como temos mostrado através de toda a nossa trajetória de pesquisa, não pode ser dissociado do plano das relações objetais, tendo em vista, de maneira entrecruzada, o objeto externo e o objeto interno. Na hipocondria, o sujeito sente seu corpo se transformando, com a intensa convicção de estar doente, muitas vezes com gravidade. Opera-se hipervigilância contínua em relação ao que se passa no corpo físico. Trata-se, no caso, de um corpo ruidoso, corpo de sofrimento, imaginado em permanente estado de mau funcionamento, demandando, portanto, incessante atenção e cuidado constante.

Mostraremos em nosso estudo que um mínimo de investimento hipocondríaco revela-se fundamental para a sobrevivência psíquica. Como ressaltam Maria Helena Fernandes (1997) e Dominique Cupa (2009) sentir o corpo, ouvir os ruídos que dele emanam pode, em certas circunstâncias, ser um sinal de saúde. Porém, como desenvolveremos ao longo da tese, o olhar e a escuta exacerbados sobre o corpo configuram um quadro de hipocondria, de caráter patológico. Nosso interesse pelo tema



surgiu justamente a partir do caráter inquietante e persecutório que o corpo assume na hipocondria.

Partimos da hipótese de que os fundamentos da perseguição nessa situação clínica estariam referidos aos primórdios da vida psíquica, especialmente no que toca à constituição do corpo pulsional e erógeno, a partir da relação com o objeto primordial. Dedicamo-nos a elaborar e aprofundar essa hipótese, o que nos permitiu iluminar a compreensão de várias questões, centrais no campo da psicanálise, e estreitamente articuladas entre si, questões que incidem de modo direto nas várias temáticas que vieram se desdobrando ao longo da realização de nosso percurso de Doutorado, todas elas a serviço de uma compreensão mais apurada da hipocondria.

Em nossa tese realizamos uma pesquisa teórico-clínica, a partir da qual procuramos dar conta da inegável complexidade da problemática da hipocondria. Apesar de não nos termos proposto a contemplar elementos relativos à técnica, à singularidade do manejo clínico desses casos, estimamos que a análise teórica que oferecemos vem proporcionar maior compreensão dos aspectos subjetivos implicados nas manifestações hipocondríacas. Entretanto, esperamos que tal investigação seja capaz de fornecer elementos importantes para um entendimento mais aprofundado de temas relativos à técnica psicanalítica de situações psíquicas onde há apelo ao registro do corpo – temas, como sabemos, que vêm sendo objeto de inúmeros debates no cenário atual da Psicanálise.

Para dar conta de nossa proposta, a tese é apresentada em quatro capítulos que correspondem, do ponto de vista metodológico, à tentativa de sistematizarmos e articularmos os diferentes aspectos que decidimos priorizar, em nosso projeto de pesquisa, na problemática da hipocondria.

O primeiro capítulo é dedicado ao estudo da genealogia da hipocondria na obra freudiana. Indicaremos sua posição, de acordo com Freud, no grupo das neuroses atuais sendo que sua especificidade consiste, dentre outros aspectos, em se fazer presente em vários quadros psicopatológicos. Seguindo essa perspectiva, pontuaremos que a hipocondria deve ser concebida como um “sintoma” particular, que se presta à tentativa elementar egoica de lidar com excitações que escapam ao domínio psíquico, utilizando o apelo ao registro do corpo físico como recurso.

Apesar de serem escassos os escritos que Freud dedicou à hipocondria após a reviravolta teórica de 1920, vamos explorar algumas indicações por ele deixadas nesse período. Temos o objetivo de analisar esse fenômeno à luz da segunda teoria do trauma,

da noção de compulsão à repetição e da segunda teoria da angústia. Com isso será possível apontarmos as “pistas” e os fundamentos teóricos a partir dos quais uma compreensão mais ampliada dessa problemática se mostra possível.

Dando seguimento a essa proposta, abordaremos em detalhe, no segundo capítulo da tese, de que modo as sensações corporais fundamentam o processo de constituição psíquica e, além disso, o papel do outro nesse processo. Desejamos apreender como se dá a emergência do corpo pulsional – a partir das noções de apoio e sedução – tendo em vista, igualmente, a noção de autoerotismo como configuração arcaica do eu, plano do eu corporal, solo a partir do qual se forma o eu psíquico. Destacaremos aqui a importância da operação narcísica.

Para além da vertente estruturante da experiência hipocondríaca, exploraremos sua dimensão patológica, enfatizando o caráter ruidoso do corpo e sua articulação com a dimensão autoerótica, seu caráter particular nessa experiência. Qual seria a base da hipervigilância do corpo, das “descrições e teorias médicas” criadas por esses sujeitos para tentar dar conta do suposto mal que teria atingido seu corpo? Essa análise permitirá um conhecimento mais amplo e preciso da relação que o hipocondríaco trava com seu corpo, relação, conforme sustentaremos, muito similar àquela da mãe com seu bebê. As sensações corporais são o meio mais primitivo e expressivo para marcar a singularidade do sujeito, a individualidade de seu existir, em relação ao outro materno.

O terceiro capítulo da tese é dedicado ao mecanismo da projeção e, pensando especificamente a hipocondria, quais seriam as condições para que o corpo se preste ao papel de tela de projeção, gerando uma dimensão persecutória, própria de uma hipocondria de caráter patológico. Para avançar a reflexão sobre essa problemática, analisaremos a dimensão persecutória no âmbito do universo intrapsíquico, destacando a temática do superego e sua relação com o ego.

No quarto e último capítulo da tese, oferecemos uma leitura ampliada da hipocondria, onde os planos do “atual” e do “arcaico” se articulam de modo especial. Trata-se da tentativa de repensar a ideia de “atual” em Psicanálise sob a ótica da segunda teoria do trauma e da noção de compulsão à repetição. Essa proposta se ancora na investigação de uma temporalidade psíquica de caráter particular, e que será explorada a partir da articulação entre percepção, tempo e memória, considerando-se sua relação com o traumático.

## **Capítulo I: A hipocondria em Freud: confluência em distintos quadros clínicos**

No presente capítulo acompanharemos as contribuições de Freud sobre a hipocondria. Temos o objetivo de mostrar como essa problemática é investigada na obra freudiana de modo integrado a várias questões teórico-clínicas que se entrecruzam, fazendo com que a hipocondria se revele presente em distintos quadros da psicopatologia psicanalítica.

A dificuldade em delimitar a especificidade da hipocondria sempre foi uma questão no campo médico. O próprio Freud inicia sua reflexão sobre ela a partir do campo da neurastenia, da qual a hipocondria seria uma manifestação. Posteriormente passa a considerá-la sintoma crônico da neurose de angústia e, a partir de então, chega à descrição do quadro das neuroses atuais do qual fariam parte a neurastenia e a neurose de angústia. Nesse contexto, Freud já afirmava que a neurose de angústia, que teria a hipocondria como um de seus sintomas, poderia estar presente na histeria e na neurose obsessiva e em outros quadros clínicos.

Acompanhemos, então, o percurso freudiano no que concerne à genealogia da noção de hipocondria, dando ênfase ao seu caráter transnosográfico, aspecto que marca a sua singularidade e complexidade, e que demanda, portanto, atenta reflexão.

### **I.1 – As primeiras elaborações freudianas sobre a hipocondria (1890-1898)**

O estudo de Freud sobre a hipocondria teve início a propósito de suas indagações acerca da neurastenia, por volta de 1890. Indica Volich (2002) que no final do século XIX Georges Beard situara as manifestações hipocondríacas no quadro da neurastenia. Esta seria uma doença do sistema nervoso, com sintomas de fadiga, cefaleia, raquialgia, distúrbios neurovegetativos, digestivos e sexuais. As concepções de Krafft-Ebing também tiveram destaque na compreensão da neurastenia. Krafft-Ebing definia a doença dos nervos como sendo de origem inata/hereditária, sendo mais raramente tratada como disposição patológica adquirida (devida a diferentes tipos de traumas, tais como: enfermidade infantil, infância infeliz, constituição neuropática, masturbação, ambiente hostil, etc.).

Laplanche (1987/1993) pontua que a relação entre neurastenia e sexualidade já havia sido observada por psiquiatras e médicos anteriores a Freud. Menciona, por exemplo, a contribuição de Preyer, que considera que o coito interrompido estaria na origem dos fenômenos neurastênicos. Freud retoma a ideia de que a neurastenia envolveria um esgotamento de energia sexual, ligado a uma atividade sexual anormal, um fenômeno sexual de desvio. Teria, portanto, uma etiologia sexual. Nas suas palavras: “afirmo agora que *toda* neurastenia é sexual” (Freud, 1893{1950 [1887-1902]}/1996, p. 223).

Em 1893 Freud julga necessário destacar da neurastenia uma síndrome específica por sua etiologia e sintomas, a qual nomeia “neurose de angústia”, posto que a angústia seria sua principal característica. A neurose de angústia poderia se apresentar sob duas formas: como estado crônico ou como ataque de angústia. Estas poderiam combinar-se facilmente, sendo os seus sintomas crônicos classificados da seguinte forma:

(1) angústia relacionada com o corpo (hipocondria); (2) angústia em relação ao funcionamento do corpo (agorafobia, claustrofobia, vertigem em lugares altos); (3) angústia relacionada com as decisões e memória – isto é, as fantasias de alguém a respeito de seu próprio funcionamento psíquico (*folie du doute*, rumações obsessivas etc.). Até este momento, não tive nenhuma razão para não tratar desses sintomas como sendo equivalentes (Freud, 1893{1950 [1887-1902]}/1996, p. 227).

Vemos aqui que os sintomas hipocondríacos passam a ser intimamente relacionados com o fenômeno da angústia, sendo a hipocondria retirada, então, do quadro da neurastenia e alocada no da neurose de angústia, como um de seus sintomas crônicos.

Os estudos de Freud sobre a neurose de angústia o levaram a rever a conceituação da hipocondria. A aplicabilidade do termo “hipocondria” parece-lhe prejudicada pela ligação fixa que poderia ter com a ideia de um sintoma de “medo de doença” (Breuer & Freud, 1893-5/1996). Assim, considera que ela estaria mais intimamente vinculada ao fenômeno da angústia do que ao do medo.

Ao considerar a hipocondria como manifestação da neurose de angústia, Freud segue suas interrogações no sentido de desvendar a origem da angústia. Afirma, no “Rascunho E” (1894{1950 [1887-1902]}/1996), que a angústia tem relação com a sexualidade, observando que especialmente nas mulheres o coito interrompido conduziria à neurose de angústia. Esclarece que a origem da angústia residiria numa acumulação física de excitação, isto é, acumulação de tensão sexual física decorrente de

uma impossibilidade de descarga. Nesse sentido, a neurose de angústia seria uma neurose de represamento. Entretanto, a angústia não estaria contida no que é acumulado, mas surgiria por transformação a partir da tensão sexual acumulada.

(...) a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em angústia (Freud, 1894{1950 [1887-1902]}/1996, p. 238).

Essa transformação se daria numa espécie de conversão, tal como a que ocorre na histeria. No entanto, neste caso, a excitação psíquica teria tomado um caminho errado, em direção à área somática, enquanto na neurose de angústia seria a tensão física que não teria conseguido penetrar no âmbito psíquico, permanecendo no trajeto físico.

Freud (1895a [1894]/1996) afirma que a acumulação da excitação somática ocorreria devido a um decréscimo da participação psíquica nos processos sexuais. Na neurose de angústia haveria deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e, portanto, um emprego anormal dessa excitação.

A excitação sexual somática se torna um estímulo para a psique, ou seja, ao atingir certo limiar pode expressar-se como estímulo psíquico. Freud esclarece ainda que “uma vez que a excitação sexual somática atinja seu valor limite, ela se converte continuamente em excitação psíquica” (Freud, 1895a [1894]/1996, p. 109). Depois disso, o grupo de representações sexuais fica catexizado, estado de tensão libidinal que gerará a necessidade de se descarregar essa tensão. Entretanto, ele ressalta que:

Uma descarga psíquica desse gênero só é possível por meio do que chamarei de ação *específica* ou *adequada*... Qualquer coisa que não a ação adequada seria infrutífera, pois, uma vez que a excitação sexual somática atinja seu valor limite, ela se converte continuamente em excitação psíquica (Freud, 1895a [1894]/1996, p. 109).

A ação específica a que Freud faz referência é aquela que conduz ao coito, sendo que a satisfação sexual faria cessar a tensão físico-psíquica. Na neurose de angústia, a excitação é utilizada em uma reação inadequada; seus sintomas seriam uma espécie de substituto da ação específica que não pôde ser empreendida. Na origem da neurose de angústia haveria, portanto, “insuficiência psíquica para manejar a excitação sexual” (Freud, 1895a [1894]/1996, p. 112). Dentre os sintomas resultantes dessa insuficiência, Freud (1895a[1894]/1996) cita uma das formas de expectativa angustiada – aquela que se relaciona com a saúde do próprio sujeito – para a qual considera que se poderia

utilizar o velho termo hipocondria. Desse modo, reitera a ideia de que a hipocondria seria uma modalidade de neurose de angústia.

Segundo Rocha (2000), Freud já havia se deparado com o problema da angústia desde seu trabalho clínico com as histéricas. Com o estudo da neurose de angústia, estaria tentando comprovar a ideia, agora ampliada, da presença de uma etiologia sexual na gênese de qualquer neurose. Entretanto, seu interesse mais fundamental pela neurose de angústia, era, naquele período, o de confirmar sua teoria da sedução, com a qual pretendia explicar a gênese da neurose.

### **I.1.1 – Teoria da sedução: a primeira teoria do trauma (1892-1897)**

Em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896a/1996) Freud mostra que a causa da histeria estaria relacionada à ocorrência de traumas sexuais ocorridos na tenra infância. Em todos os casos de histeria haveria um determinante específico: a passividade sexual durante o período pré-sexual. Entretanto, não seria a experiência em si que agiria de modo traumático, mas sua revivescência como lembrança, após o ingresso na maturidade sexual.

Os traumas da infância estavam relacionados a abusos sexuais cometidos por um adulto, sendo a predisposição para a histeria definida pela ação póstuma de um trauma sexual da infância. As experiências e excitações que, no período posterior à puberdade, preparam o caminho ou precipitam a eclosão da histeria, só teriam efeito por terem despertado o traço mnêmico desses traumas de infância. Assim “os traumas da infância atuam de modo adiado, como se fossem experiências novas, mas o fazem inconscientemente” (Freud, 1896a/1996, nota1, p. 167).

A histeria seria consequência de um choque sexual pré-sexual. O caráter sexual era concebido do ponto de vista do adulto, já que a criança – supostamente sem sexualidade – não teria condições físicas ou psíquicas de registrar a cena de sedução como sexual. A partir desse entendimento, seriam necessários dois tempos para a constituição do trauma psíquico: 1) cena de sedução em que a criança é seduzida por um adulto perverso sem que isso a excite sexualmente; 2) após a puberdade, um acontecimento despertaria a lembrança da cena de sedução na infância produzindo um efeito traumático *a posteriori*. O traumático consistiria na articulação desses dois tempos, sendo o efeito retardado da cena de sedução (Lejarraga, 1996).

O trauma seria provocado por um acontecimento vivido passivamente pelo sujeito, e que ficaria incrustado como “corpo estranho” no psiquismo. Embora a ênfase

fosse dada ao fator externo como causa do sintoma, a ideia de corpo estranho indica uma interiorização desse agente externo.

Freud (1896a/1996) relaciona a etiologia das neuropsicoses de defesa à etiologia das “neuroses simples”, da neurastenia e da neurose de angústia. Os dois últimos distúrbios seriam efeitos diretos das perturbações sexuais, enquanto as neuroses de defesa seriam a consequência indireta (pelos traços mnêmicos) das perturbações sexuais ocorridas antes do advento da maturidade sexual.

Em carta a Fliess de 1897, Freud relata não mais acreditar em sua Neurotica (teoria das neuroses). Ao abandonar a teoria da sedução opera-se um deslocamento na etiologia da histeria: da realidade factual para a fantasia. Por trás dessas fantasias a vida sexual da criança veio à luz, descortinando, assim, uma nova perspectiva para a compreensão dos fenômenos psicopatológicos que leva em conta a sexualidade infantil, permeada pela atividade fantasística e relacionada ao complexo de Édipo.

De acordo com Rocha (2000), a aposta de que na neurose de angústia teria havido uma sedução sexual precoce não se confirma, mas, apesar disso, Freud estava convencido de que a sexualidade seria a causa específica de todas as neuroses. Ele acaba vindo a estabelecer uma distinção entre dois grandes quadros psicopatológicos: um formado pelas patologias nas quais a sexualidade infantil seria o fator etiológico e outro grupo no qual o fator sexual atual estaria na gênese dessas afecções as quais atingiriam especialmente o corpo. Daí a distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais.

### **I.1.2 – Neuroses atuais e psiconeuroses**

A partir da reflexão sobre a neurastenia e, posteriormente, sobre a neurose de angústia, incluindo nesse grupo a hipocondria, Freud se vê diante de um impasse quanto à classificação nosográfica dessas manifestações que incidem especialmente sobre o corpo, mas que não poderiam ser consideradas como histeria de conversão. Visando a explicitar a natureza das diferentes manifestações patológicas e suas expressões em cada sujeito, Freud (1898/1996) se empenhará em distinguir e descrever dois grandes quadros psicopatológicos: neuroses atuais e psiconeuroses. No das neuroses atuais, situa a neurastenia e a neurose de angústia (nesse contexto, a hipocondria seria um sintoma da neurose de angústia), enquanto no quadro das psiconeuroses se situariam a histeria, a neurose obsessiva e a fobia.

O termo psiconeurose enfatiza a dimensão psicológica do conflito, em oposição à dimensão somática das neuroses atuais. A sintomatologia corporal teria uma

causalidade atual. Isso vem a ser esclarecido em “A sexualidade na etiologia das neuroses” (1898/1996):

apenas nas neurastenias que a inquirição do paciente consegue desvendar os fatores etiológicos em sua vida sexual. Esses fatores, é claro, são conhecidos dele e pertencem ao momento atual, ou, mais exatamente ao período da vida que se estende desde a maturidade sexual (Freud, 1898/1996, p. 254).

No caso das psiconeuroses, a etiologia seria de outra ordem:

Os acontecimentos e influências que estão na raiz de toda psiconeurose pertencem, não ao momento atual, mas a uma época da vida há muito passada, que é, por assim dizer, pré-histórica – à época da primeira infância; e eis porque o paciente não sabe nada deles. Ele os esqueceu – embora apenas em determinado sentido (Freud, 1898/1996, p. 255).

A partir dessa distinção, Freud conclui que em toda neurose haveria uma etiologia sexual, mas que nas neuroses atuais ela seria de tipo contemporâneo, enquanto na psiconeurose os fatores desencadeantes remontariam à vida infantil. Entretanto, a questão se complexifica quando é afirmado que por trás da neurastenia, haveria uma psiconeurose. A histeria, que imita tantas afecções orgânicas, poderia facilmente assumir a aparência de uma das neuroses atuais. Tais histerias, que se manifestam sob a forma de neurastenia, não seriam raras.

Freud considera importante a definição de um diagnóstico correto, por isso julgava fundamental separar as psiconeuroses da neurastenia e da neurose de angústia. As psiconeuroses “aparecem em consequência de dois tipos de determinantes, seja independentemente, seja no rastro das “neuroses atuais” (neurastenia e neurose de angústia)” (Freud, 1898/1996, p. 265). No último caso se formaria uma “neurose mista”. A etiologia das neuroses atuais seria auxiliar da que estaria na base das psiconeuroses. Assim, haveria, segundo Freud, a possibilidade de um quadro clínico onde a neurose de angústia predominaria, mas que poderia conter traços de neurastenia, de histeria e neurose obsessiva.

O lugar predominantemente ocupado pela neurose de angústia mostra que a doença surgiu sob a influência etiológica de uma perturbação sexual “atual” [i.e., do momento presente]. Mas a pessoa em questão estava, à parte isso, predisposta a uma ou mais psiconeuroses, devido a uma etiologia especial e seria em algum momento acometida de uma psiconeurose, espontaneamente ou pelo advento de algum outro fator enfraquecedor. Desse modo, a etiologia auxiliar da psiconeurose que ainda falta é suprida pela etiologia atual [corrente] da neurose de angústia (Freud, 1898/1996, p. 265).



Após sustentar que a etiologia das neuroses atuais estaria relacionada a uma perturbação sexual do momento presente, no contexto da maturidade sexual, Freud se volta para a etiologia das psiconeuroses. Esclarece que a verdadeira etiologia das psiconeuroses é encontrada nas experiências infantis no que diz respeito às impressões referentes à vida sexual. Compreende que a vida sexual humana não começaria apenas na puberdade, o que lhe possibilita compreender que as experiências sexuais na infância têm efeito patogênico de modo retardado, ou seja, após a maturidade sexual, efeito que se originaria nos traços mnêmicos deixados pelas experiências sexuais infantis.

Apesar de os sintomas das neuroses atuais serem essencialmente corporais, outra patologia também apresenta perturbações no corpo: a histeria de conversão. Vejamos as principais distinções entre os sintomas conversivos e hipocondríacos.

### **I.1.3 – Hipocondria e histeria de conversão**

Apesar das semelhanças entre hipocondria e histeria de conversão, no que concerne às suas manifestações corporais, Freud sempre esteve atento à singularidade de cada uma delas, de modo a não reduzir o sintoma hipocondríaco ao conversivo. Como vimos acima, em diversos momentos assinala a ocorrência de sintomas de neurose atual no quadro da histeria.

O estudo da histeria permitiu a compreensão de que as manifestações corporais nem sempre estariam relacionadas à existência de uma lesão real na parte do corpo afetada. Essa ideia parece ter contribuído para a compreensão de outros fenômenos corporais, tais como a hipocondria. Entretanto, há diferenças importantes entre os sintomas conversivos na histeria e os da hipocondria.

Em “Estudos sobre a histeria” (1893-1895/1996), diz Freud que quando um hipocondríaco

descreve suas dores, dá a impressão de estar empenhado numa difícil tarefa intelectual que ultrapassa em muito suas forças. Suas feições se contraem e se deformam como se ele estivesse sob a influência de um afeto angustiante. A voz torna-se mais aguda e ele luta por encontrar um meio de expressão. Rejeita qualquer descrição de suas dores proposta pelo médico, mesmo que ela depois se revele inquestionavelmente adequada. (...) Tudo isso porque as dores atraíam para si toda a atenção dele para elas (Breuer & Freud, 1893-1895/1996, p. 162).

Percebemos aqui o empenho do paciente em descrever suas dores e o quanto se mostra atento ao que se passa em seu corpo. No caso da histeria, Freud considera que a atenção da paciente devia estar em outra coisa, sendo as dores um fenômeno apenas

acessório. Contrariamente à hipocondria, na conversão histérica haveria surpreendente indefinição na descrição do caráter das dores.

Freud sublinha que ao realizar um exame em um hipocondríaco, quando estimulada a região sensível à dor, o seu rosto assume uma expressão de mal-estar ou de dor física. Entretanto, no exame de uma paciente histérica, ao pressionar ou beliscar a pele e os músculos de suas pernas, a sua expressão facial não se ajustava à dor provocada pela beliscadura, harmonizando provavelmente mais com o tema dos pensamentos ocultos por trás da dor. Haveria uma associação entre esses pensamentos e as partes do corpo estimuladas.

Como mostramos anteriormente, as neuroses atuais teriam outra lógica diferente daquela das psiconeuroses, campo no qual a histeria se situa. Ambas as categorias teriam em sua origem algo da ordem do sexual; entretanto, a diferença entre elas diz respeito ao fato de a excitação sexual somática encontrar ou não uma representação no nível psíquico. No caso da histeria, isso se faria possível, e o corpo que aí se apresenta seria, então, um corpo representado. No caso da hipocondria, a excitação não encontraria no nível psíquico uma conexão/ligação, portanto, dar-se-ia uma deflexão dessa excitação sobre o corpo. Os sintomas hipocondríacos seriam constituídos a partir da insuficiência psíquica para lidar com a tensão sexual. A conexão psíquica acabaria sendo insuficiente, a excitação não sendo, portanto, ligada psiquicamente, mas transformada em angústia em relação ao corpo.

Entretanto, algumas palavras de Freud nos intrigam acerca de uma suposta conversão que teria lugar na neurose de angústia. Ele pontua: “Outra similaridade com a histeria é fornecida pelo fato de que, na neurose de angústia, ocorre uma espécie de conversão para sensações corporais” (Freud, 1895a [1894]1996, p. 100). Tal consideração nos levou a questionar se a conversão seria um mecanismo exclusivo da histeria, ou se na hipocondria – como manifestação da neurose de angústia – também teria tido lugar uma espécie de conversão. Para investigar a questão nos apoiaremos no trabalho de Jacquy Chemouni (2012) dedicado à conversão. O autor faz uma incursão ao texto freudiano no intuito de resgatar a essência dessa noção.

O sintoma de conversão surge a partir da emergência de uma representação inaceitável para a consciência moral, que tenta expeli-la como se jamais tivesse existido. Essa expulsão é operada pelo mecanismo do recalçamento. Em auxílio a este mecanismo, a conversão é acionada para desligar o afeto da representação incompatível, mecanismo que participa do processo defensivo inaugurado pelo recalçamento. A

representação sofre dupla ação defensiva: aquela do mecanismo psíquico que a envia para o inconsciente e a que conduz ao destacamento de seu componente afetivo, o qual vem a ser transferido para o corpo. Devido à retirada da soma de excitação da representação inconciliável, esta acaba por ficar enfraquecida.

Na histeria de conversão, o destino do afeto desligado da representação vem a ser o corpo. A primeira etapa necessária para essa transformação exige que o afeto se dissocie da representação, deixando a representação enfraquecida. O afeto é expatriado da esfera psíquica para a corporal e, sem carga afetiva, a representação não tem força de provocar desprazer. A conversão exige a existência preliminar de uma representação recalçada, mecanismo a serviço do recalçamento, completando-o; ela seria um modo de expressão convocada como atitude defensiva.

O sintoma de conversão se caracteriza como figuração simbólica que traduz, de maneira metafórica, a representação excluída da consciência. Resulta de uma simbolização, mantendo, então, um elo simbólico com a história do sujeito, portador de um sentido decifrável. A particularidade do sintoma de conversão é ser, ao mesmo tempo, expressão corporal do afeto e linguagem simbólica; não pode ser assimilado a uma simples descarga de afeto. No processo de conversão a quantidade energética que resulta na materialidade do sintoma jamais é isolada do sentido da representação a que estava inicialmente atrelada. O sentido do sintoma corporal é conservado já que o sintoma de conversão tem íntima relação com as reminiscências, com a história infantil do sujeito.

A conversão teria por objetivo resolver um conflito apagando o impacto do afeto por um processo de inervação, resultado da disjunção entre representação e afeto a qual poderia igualmente conduzir a manifestações corporais sem conversão, como na hipocondria. A disjunção tem por efeito a acumulação ou retenção da libido a qual explicaria a eclosão da doença. A acumulação resulta da incapacidade de a energia somática ter acesso à elaboração mental e evidencia uma ação defensiva cujo alvo seria evitar a realidade psíquica.

Sublinha Chemouni (2012) que com a conversão estamos na presença de um corpo libidinal estruturado em torno de zonas erógenas, corpo inscrito no infantil. No caso das neuroses atuais, somos confrontados com o corpo real, cujos elos com o corpo libidinal seriam quase inexistentes. A etiologia nestes casos seria de natureza tóxica, não sendo o afeto expresso por uma linguagem, mas por males que nada querem dizer. A angústia é difusa ou sem objeto, enquanto na histeria emanaria do conflito psíquico,

sendo apagada pelo sintoma conversivo através de uma formação de compromisso. Na conversão histérica, o eu manteria a libido na esfera psíquica, ao contrário do que ocorreria nas neuroses atuais onde ele fracassaria.

Entretanto, como iremos mostrar, o apelo ao corpo não é um recurso exclusivo da histeria. Veremos que os sintomas hipocondríacos podem se infiltrar em outros quadros clínicos, como, por exemplo, na neurose obsessiva.

#### **I.1.4 – Hipocondria na neurose obsessiva**

Desde o início de sua obra, Freud observara a presença de manifestações hipocondríacas na neurose obsessiva. Em 1895[1894] publica “Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia” onde aborda o caso de uma mulher que sofria de ataques de preocupação e especulações obsessivas, que só cessavam quando adoecia e desenvolvia temores hipocondríacos. Estes se referiam a preocupações com partes ou funções do seu corpo, perguntando-se, por exemplo, por que precisava respirar. Esses temores tomavam o lugar dos ataques de preocupação e especulações obsessivas. No início, ela sentira medo de enlouquecer. Para Freud, essa fobia hipocondríaca seria bastante comum entre as mulheres não satisfeitas (sexualmente) por seus maridos. Para se assegurar de que não estava louca, a paciente citada por ele (Freud, 1895b[1894]/1996) adquiriu o hábito da especulação obsessiva, que veio substituir os sintomas hipocondríacos.

Em outro texto desse mesmo ano, Freud considera que

a “mania especulativa” é suscitada a partir dos esforços do sujeito para provar que ele não é louco, como lhe afirma sua fobia hipocondríaca; as hesitações e a dúvida, e mais ainda as repetições da folie du doute [mania de duvidar] emergem de uma dúvida justificável quanto à certeza do curso do próprio pensamento, já que se está cômico do persistente distúrbio deste por representações de tipo obsessivo, e assim por diante. Portanto, podemos afirmar que também muitas das síndromes da neurose obsessiva, como a folie du doute e outras semelhantes, devem ser consideradas, clínica, senão conceitualmente, como pertencentes à neurose de angústia (Freud, 1895a [1894]/1996, p. 99-100).

A mania especulativa ou mania de duvidar, articulada à hesitação e à dúvida, são características da neurose obsessiva; entretanto, podem assumir uma linguagem hipocondríaca. Volich (2002) sublinha que Freud pretendia fundamentalmente mostrar que as angústias hipocondríacas poderiam estar a serviço do mecanismo do deslocamento, característico da neurose obsessiva e da fobia. As ideias hipocondríacas

seriam suporte da autorrecriação e da culpa, deslocadas em relação às representações recalçadas.

Em uma carta a Fliess (1896b{1950 [1887- 1902]}/1996, p. 271), Freud já havia indicado que as angústias hipocondríacas seriam expressão consciente da autocensura dissimulada.

O afeto da autocensura pode ser transformado, por diferentes processos psíquicos, em outros afetos, os quais, depois, entram na consciência mais claramente do que o afeto como tal: por exemplo, pode ser transformado em angústia (medo das consequências da ação a que se refere a autocensura), hipocondria (medo dos efeitos corporais), delírios de perseguição (medo dos seus efeitos sociais), vergonha (medo de que outras pessoas saibam), e assim por diante (Freud, 1896b{1950 [1887- 1902]}/1996, p. 271-2).

Para Volich (2002) haveria aí a ideia de que a hipocondria se presta à mediação de conflitos vividos em torno da culpa e da autoacusação. As manifestações hipocondríacas revelariam o valor econômico da especulação e da dúvida na regulação dos conflitos na neurose obsessiva. O neurótico obsessivo, conforme destaca Freud (1909/1996), sofre de uma necessidade de incerteza ou de dúvida. Na neurose obsessiva, a incerteza da memória é utilizada em toda sua extensão como auxiliar na formação dos sintomas. Entretanto, ressalta Volich (2002) que ao lado da dúvida convivem nesses sujeitos imensas certezas, como o ilustram os esforços empreendidos pelo “Homem dos Ratos” (Freud, 1909/1996) para saldar uma dívida que não existia. A fonte desse funcionamento seria a onipotência de pensamentos e sentimentos, bons ou maus.

No caso dos pacientes hipocondríacos, o corpo é o palco onde o sujeito se deixa levar pelas oscilações de suas dúvidas e certezas. O hipocondríaco duvida de sua saúde, do funcionamento de seus órgãos e, para obter a confirmação de suas hipóteses, acaba por procurar um médico que, no entanto, assegura ao paciente que não haveria nada de errado com ele. Porém, o sujeito tende a permanecer com a convicção de um suposto estado grave de saúde. Dúvida e certeza fazem parte aqui de uma mesma dinâmica.

Esses aspectos estão presentes, por exemplo, no caso do “Homem dos Lobos” onde o sujeito em questão sofre de vários temores hipocondríacos (Freud, 1918[1914]/1996). Após ter interrompido a análise com Freud, o paciente procurou Ruth Mack Brunswick, à qual relata outras preocupações hipocondríacas. Segundo Andréa Linhares (2005) o atendimento do “Homem dos lobos” realizado por Ruth Mack Brunswick teve seu início justamente por conta de seu sofrimento hipocondríaco. Sofria de uma ideia hipocondríaca, de caráter fixo, considerando-se vítima de um dano

causado ao seu nariz por uma intervenção que visava justamente tratar a obstrução das glândulas sebáceas. Antes o problema eram os cravos, agora a cicatriz era o dano do qual sofria. Mesmo admitindo a desproporção de suas reações, essa preocupação invadia sua vida. Olhava-se no pequeno espelho de bolso durante todo o tempo das sessões, examinando os poros para verificar se não tinham se alargado. Após visita ao dermatologista, que afirmou que a cicatriz jamais desapareceria, ficou desesperado. A única atividade possível que lhe restava era se olhar sem cessar no espelho de bolso, a fim de estabelecer com exatidão o grau da mutilação.

Para Assoun (2002), na tempestade somática da hipocondria obsessiva de Pankejeff, os problemas odontológicos chamam menos a atenção do que as dificuldades intestinais ou mesmo os problemas que teriam afetado sua pele. Primeiramente o paciente sofre de uma inquietude em torno do nariz, centrada na extração de um cravo. Mas eis que surge a preocupação dentária como contraponto à dermatológica. Ruth Mack Brunswick, relata que na véspera da partida de seu paciente para as férias, ele é tomado por um medo de que o dente que lhe havia causado sofrimento há vários meses pudesse lhe estragar as férias. Consulta um dentista e termina extraíndo o dente. Mas, na manhã seguinte, retorna ao dentista desculpando-se e afirmando que certamente um outro dente deveria ser a causa de seu mal.

A dinâmica obsessiva ingressa numa linguagem hipocondríaca, onde justamente o corpo é o palco da dúvida e da certeza. Mas, vale reiterar, dúvida e certeza convivem aqui lado a lado. E, na hipocondria, a convicção de se estar doente pode muitas vezes assumir caráter delirante, o que nos leva a analisar, a seguir, sua relação com a problemática do narcisismo.

## **I.2 – Hipocondria: a terceira neurose atual**

Após um período de “latência” de aproximadamente dez anos, a introdução do conceito de narcisismo na obra de Freud, inaugurada, dentre outras determinações, pelo estudo das psicoses, abriu uma nova perspectiva teórica no estudo da hipocondria. A partir de então, esta pôde novamente ser problematizada e seu entendimento ampliado. A relação entre hipocondria e psicose é mais detidamente explorada por Freud após 1911 e é nesse contexto que ele irá sugerir que a hipocondria seria a terceira neurose atual.

Na análise do caso Schreber, afirma:

Não devo deixar de observar, neste ponto, que não considero fidedigna nenhuma teoria da paranoia, a menos que também abranja os sintomas hipocondríacos pelos quais esse distúrbio quase invariavelmente se faz acompanhar. Parece-me que a hipocondria está, para a paranoia, na mesma relação que a neurose de angústia para a histeria (Freud, 1911/1996, p. 65).

Freud situara a hipocondria no campo da neurose de angústia, entretanto, ao aproximá-la da paranoia, permite uma nova via de compreensão dessa problemática. Para Volich (2002), há nesse momento um reconhecimento do potencial clínico e conceitual das dinâmicas da hipocondria, não apenas para o esclarecimento da paranoia, mas do próprio conceito de narcisismo e de seus desdobramentos na psicopatologia psicanalítica.

Em 1912, em “Contribuições a um debate sobre a masturbação”, Freud sustenta, de modo mais direto, que a hipocondria poderia ser considerada como terceira neurose atual.

Minha opinião ainda é a mesma da primeira ocasião, há mais de quinze anos: a saber, que as duas ‘neuroses atuais’ – a neurastenia e a neurose de angústia (e talvez devêssemos adicionar a hipocondria propriamente dita como uma terceira ‘neurose atual’) – fornecem às psiconeuroses a necessária ‘submissão somática’; elas fornecem o material excitativo, que é então psiquicamente selecionado e recebe um ‘revestimento psíquico’, de maneira que, falando de modo geral, o núcleo do sintoma neurótico – o grão de areia no centro da pérola – é formado de uma manifestação somática (Freud, 1912/1996, p. 266).

Como neurose atual, a hipocondria poderia fazer parte desse “grão de areia no centro da pérola”, aspecto que será mais bem explicitado por Freud no texto dedicado ao conceito de narcisismo:

Já tive ocasião de dizer que me inclino a classificar a hipocondria, juntamente com a neurastenia e a neurose de angústia, como uma terceira neurose ‘real’ [atual]. Provavelmente não seria ir muito longe supor que, no caso das outras neuroses, uma pequena dose de hipocondria também se forma regularmente ao mesmo tempo (Freud, 1914/1996, p. 90).

A convocação do corpo seria, portanto, um recurso passível de ser utilizado em todas as patologias. Analisa a hipocondria, a doença orgânica, a parafrenia, dentre outros quadros, para pensar o narcisismo. Compara a hipocondria com a doença orgânica, esclarecendo que em ambas haveria retorno da libido narcísica para o eu. Entretanto, na hipocondria não haveria lesão corporal real, sendo a alteração corporal que aí se apresenta, de outra ordem. Em que consistiriam as modificações corporais das quais o hipocondríaco se queixa?

Freud retoma, então, suas considerações de 1905 (1905/1996) nas quais mostra que o protótipo do órgão dolorosamente delicado – de alguma forma alterado sem, no entanto, estar doente no sentido comum do termo – é o órgão genital em estado de excitação. Qualquer parte do corpo pode enviar estímulos sexualmente excitantes à mente. Essas partes, as zonas erógenas, atuam como substitutos dos órgãos genitais, comportando-se analogamente a eles. A erogeneidade seria uma característica geral de todos os órgãos e, à medida que há modificação na erogenicidade dos órgãos, pode-se verificar uma modificação paralela na catexia libidinal no ego.

De acordo com a hipótese da estase libidinal no eu, a hipocondria seria um processo patológico. Como observa Gibeault (2002), nesse processo, o eu perde sua capacidade de ligação, ficando confrontado com o acúmulo de uma quantidade não ligada. Mas eis que Freud compreende que a hipocondria não pertenceria somente aos processos patológicos, mas também serviria à tentativa de restituição da ligação com os objetos, aspecto que havia destacado anteriormente a propósito dos delírios. Além de sintoma, a hipocondria pode ser considerada, portanto, uma “solução psíquica”. Essa dupla dimensão virá a ser explorada por Freud a propósito da relação entre hipocondria e parafrenia.

Após destacar o retraimento narcísico na hipocondria, Freud (1914/1996) sublinha a relação que teria com a parafrenia onde o processo de adoecimento se apoiaria num represamento da libido do eu. A megalomania na parafrenia permite a elaboração interna desse acúmulo de libido, entretanto, quando esse domínio psíquico da libido falha, podem surgir manifestações hipocondríacas como tentativa de restauração do investimento objetal. Tratar-se-ia da tentativa de se lidar com o acúmulo utilizando o corpo como recurso.

A teoria do narcisismo, indica Volich (2002), permitiu a ampliação do modelo nosográfico, tendo em vista as condições do investimento libidinal, narcísicas e objetais, aspecto essencial para a compreensão das manifestações psicopatológicas. O grupo das neuroses atuais foi mantido e o das psiconeuroses sofre uma divisão entre: 1) “neuroses de transferência”, onde o investimento libidinal é objetal, campo da histeria, neurose obsessiva e fobia; 2) “neuroses narcísicas”, marcadas pelo retraimento narcísico, compreendendo, nessa época, a parafrenia, a paranoia e a melancolia. Cabe ressaltar que a distinção nosográfica entre neurose e psicose será estabelecida apenas em 1923 e, apesar de destacar o caráter narcísico da hipocondria, Freud a manterá no quadro das neuroses atuais.



Na conferência XXIV (1916-1917/1996) sobre “O estado neurótico comum”, Freud segue suas indagações acerca da presença de um núcleo de neurose atual que estaria presente em todo sintoma psiconeurótico. Reitera que as três formas de neurose atual são a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria. Além disso, reafirma que as neuroses atuais ocasionalmente ocorreriam em sua forma pura já que mais frequentemente estariam mescladas umas com as outras e com algum distúrbio psiconeurótico. Ressalta ainda que, apesar da formação dessas “neuroses mistas”, a diferença entre elas não deve ser abandonada.

No trecho que se segue, Freud retoma sua compreensão acerca da relação entre psiconeuroses e neuroses atuais:

Uma notável relação entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses oferece mais uma importante contribuição ao nosso conhecimento da formação dos sintomas nestas últimas. Pois um sintoma de uma neurose ‘atual’ é frequentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico (...) Em tais casos, desempenham o papel do grão de areia que um molusco cobre de camadas de madrepérola (Freud, 1916-7/1996, p. 391).

Vemos nesta passagem a confirmação de que a hipocondria como manifestação das neuroses atuais, pode ser precursora do desenvolvimento de sintomas característicos de uma psiconeurose. Como neurose atual, a hipocondria também se prestaria à função de “grão de areia” na formação das neuroses. De acordo com Volich (2002), essa ideia pode esclarecer o lugar que a hipocondria ocuparia na etiologia dessas manifestações.

Ao observar que toda neurose comporta certa dose de hipocondria, Freud deixa implícita a ideia de que as dinâmicas hipocondríacas devem estar presentes como modos de experiência, de elaboração e ligação das quantidades de excitação. Isso se faz possível porque o corpo, através da sensorialidade, da percepção e das marcas por ela inscritas é o lugar, por excelência, da experiência do mundo e do semelhante, de encontro com o outro. A presença da hipocondria em diversas patologias está a serviço da regulação dos investimentos, narcísicos e objetais, permeando todos os processos de formação do sintoma. Essa função econômica da hipocondria foi explorada por Freud a partir de sua relação com a paranoia e a parafrenia.

### **I.2.1 – Hipocondria e paranoia**

As primeiras relações entre as manifestações hipocondríacas e o narcisismo foram estabelecidas por Freud em sua análise do caso Schreber. Entretanto, antes disso, nos primórdios de seus escritos, ele já havia traçado uma articulação entre paranoia e

hipocondria, a partir da incidência, nas duas situações clínicas, de uma dimensão projetiva. No “Rascunho H” (1895c{1950 [1887-1902]}/1996), considerara que a paranoia seria um modo patológico de defesa sendo que o propósito desta patologia seria o de rechaçar uma ideia incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo. Tratar-se-ia nestes casos de um abuso do mecanismo da projeção para fins de defesa.

Neste escopo de questões, Freud considera que o hipocondríaco também utiliza o mecanismo projetivo, uma vez que não admite que seu mal teria origem em sua vida sexual, mas se satisfaz em pensá-lo como de origem exógena. Para Volich (2002), a hipocondria daria forma a fantasias de perseguição, com atribuição a uma fonte externa das ameaças que pairariam sobre o sujeito. Entretanto, cabe ressaltar que, neste caso, a projeção se dá sobre o corpo do sujeito.

A relação entre hipocondria e paranoia é abordada em duas reuniões do primeiro grupo de psicanalistas em Viena (21/11/1906 e 06/02/1907), quando Freud vem a destacar o papel da regressão da libido nos dois fenômenos, levantando a seguinte hipótese: “A hipocondria deve ser o equivalente somático da paranoia; o retorno da libido para o ego é sempre acompanhado de sensações desprazerosas” (Freud *apud* Volich, 2002, p. 100, nota 143).

Nesse mesmo período, em carta a Jung de 14/04/1907, Freud torna a ressaltar a relação indissociável que haveria entre hipocondria e paranoia: “A hipocondria frequentemente se aproxima da paranoia, evolui para a paranoia, se mescla à paranoia” (Freud *apud* Volich, 2002, p. 100, nota 144).

O caso Schreber (Freud, 1911/1996) é um dos melhores exemplos da insistência de manifestações hipocondríacas no quadro da paranoia. Na evolução de seus delírios, Schreber sentia seu corpo se transformando, acreditando ser penetrado por raios que provocavam uma mudança de sexo, gerando nova espécie de seres. Deus o teria convocado para redimir o mundo e para isso ele deveria se transformar em mulher. Essa transformação seria operada por meio de milagres divinos.

Durante os primeiros anos de sua moléstia, alguns de seus órgãos corporais sofreram danos tão terríveis que inevitavelmente levariam à morte qualquer outro homem, viveu por longo tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com o esôfago rasgado, sem bexiga e com as costelas despedaçadas; costumava às vezes engolir parte de sua própria laringe com a comida etc. Mas milagres divinos (“raios”) sempre restauravam o que havia sido destruído e, portanto, enquanto permanecer homem, é inteiramente imortal (Freud, 1911/1996, p. 27-8).

Acrescenta que tem “a sensação de que um número enorme de “nervos femininos” já passou para o seu corpo e, a partir deles, uma nova raça de homens originar-se-á, através de um processo de fecundação direta por Deus” (Freud, 1911/1996, p. 28).

Esses trechos foram retirados por Freud de um dos apêndices ao livro de Schreber; trata-se de um relatório médico escrito pelo Dr. Weber em 1899. Essas passagens do relatório nos interessam especialmente, pois mostram a sintomatologia das crises de Schreber. A ideia de Freud segundo a qual a hipocondria seria o equivalente somático da paranoia aparece aqui ilustrada de modo paradigmático.

No caso em questão, a hipocondria se revela como verdadeiro operador do sistema delirante, condição essencial para a realização da missão salvadora a que Schreber se dizia destinado. Em torno do corpo dilacerado e transmutado é que o destino do universo seria decidido. A partir de sua transformação em mulher ele seria fecundado por Deus, dando luz a uma nova raça de homens. É também para esse corpo que convergem raios, perseguições, vozes e a atenção dos inimigos que, além da posse de sua alma, visam, sobretudo, o ataque ao seu corpo. Em Schreber, os delírios o colocam no centro de um litígio, onde acusação e defesa se digladiam em torno da posse e da integridade de seu corpo (Volich, 2002).

A relação entre hipocondria e paranoia é assinalada por Freud no seguinte trecho:

não considero fidedigna nenhuma teoria da paranoia, a menos que também abranja os sintomas *hipocondríacos* pelos quais esse distúrbio quase invariavelmente se faz acompanhar. Parece-me que a hipocondria está para a paranoia, na mesma relação que a neurose de angústia para a histeria (Freud, 1911/1996, nota 1, p. 65).

Mostramos anteriormente como as manifestações hipocondríacas se apresentam na histeria e na neurose obsessiva; entretanto, no caso dessas patologias, Freud não chegou a estabelecer uma relação tão estreita com a hipocondria como o fez no caso da paranoia, mostrando que a presença da hipocondria revela-se constante nesse quadro clínico. O que nos parece estar no cerne dessa vinculação é justamente a dimensão narcísica e a utilização do mecanismo projetivo.

Na paranoia, haveria fixação a um estágio do desenvolvimento da libido situado entre o autoerotismo e o amor objetal, estágio que Freud considera como sendo o do narcisismo. Nele o sujeito reúne suas pulsões sexuais até então empenhadas em atividades autoeróticas a fim de conseguir um objeto amoroso, tomando a si próprio, seu

próprio corpo, como objeto de amor. Apenas subsequentemente o investimento libidinal se voltará para uma outra pessoa.

Se houver fixação no estágio do narcisismo, esta poderá operar como disposição para uma enfermidade posterior. Neste caso, algum fator desencadeante faz refluir regressivamente a libido. Freud compreende que a disposição para a paranoia deve ser aí situada. Relaciona a dimensão narcísica da paranoia à utilização do mecanismo projetivo. A propósito do “caso Schreber”, indica que a projeção seria responsável pelos delírios de perseguição, traduzindo esse delírio nos termos da teoria da catexia libidinal:

O paciente retirou das pessoas de seu ambiente, e do mundo externo em geral, a catexia libidinal que até então havia dirigido para elas. Assim, tudo tornou-se indiferente e irrelevante para ele (...). O fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interna; seu mundo subjetivo chegou ao fim, desde o retraimento de seu amor por ele (Freud, 1911/1996, p. 77).

Apesar de a catástrofe interna ser projetada no exterior, o ego consegue reconstruir o mundo com o trabalho de seus delírios. Restabelece, desse modo, o elo com as pessoas e as coisas do mundo, ainda que essa relação passe a ter caráter hostil. A formação delirante possibilita um novo investimento das pessoas e coisas. Freud (1911/1996) amplia, assim, sua concepção do mecanismo projetivo, afirmando que ele consistiria em fazer retornar desde fora aquilo que foi abolido internamente. No caso da hipocondria, o corpo seria utilizado como mediador, na tentativa de regular os investimentos narcísicos e objetais.

A libido retirada do mundo externo vem a se vincular ao ego, utilizada para o seu engrandecimento na forma de megalomania. Temos aqui um retorno ao estágio do narcisismo, no qual o único objeto sexual é o ego.

As elaborações de Freud sobre a paranoia lançaram questionamentos sobre a demência precoce. Em ambas ocorreria um desligamento da libido dos objetos do mundo e uma regressão dela para o ego. Freud (1911/1996) denomina parafrenia a demência precoce e a esquizofrenia, apontando para a presença de angústias hipocondríacas também nesse quadro psicopatológico.

### **1.2.2 – A presença da hipocondria na parafrenia**

A relação da parafrenia com a hipocondria é afirmada em carta a Ferenczi, em resposta às suas indagações sobre a hipocondria. Freud escreve: “Como processo, imaginei a hip.[ocondria] como a terceira neurose atual e base somática para a parafrenia” (Correspondência, 1912/1995, p. 73).

Para melhor compreender o narcisismo, Freud utiliza como paradigma a parafrenia, mas também explora a hipocondria. O hipocondríaco retiraria a libido dos objetos do mundo externo, concentrando-a no órgão que lhe prende a atenção. As sensações corpóreas desagradáveis, semelhantes às da hipocondria, também ocorreriam em outras neuroses.

Em suas considerações sobre a hipocondria, aborda a questão de sua relação com a parafrenia.

podemos suspeitar que a relação da hipocondria com a parafrenia é semelhante à das outras neuroses reais [atuais] com a histeria e a neurose obsessiva: podemos desconfiar, vale dizer, que ela está na dependência da libido do ego, assim como as outras estão na da libido objetal, e que a ansiedade hipocondríaca é a contrapartida, enquanto provém da libido do ego, da ansiedade neurótica (Freud, 1914/1996, p. 91).

O mecanismo do adoecimento e formação de sintomas nas neuroses de transferência diria respeito a um represamento da libido objetal, enquanto no caso da hipocondria e da parafrenia haveria um represamento da libido no eu. Mas, por que esse represamento da libido no ego seria sentido como desagradável? Freud sublinha que nosso aparelho mental é um dispositivo destinado a dominar as excitações que, de outra forma, seriam sentidas como aflitivas ou teriam efeitos patogênicos. A elaboração mental dessas excitações auxilia o seu escoamento quando a descarga para fora não se faz possível ou se mostra indesejável.

Freud esclarece ainda que na parafrenia a libido liberada pela frustração não permanece ligada a objetos na fantasia, como no caso das neuroses de transferência, mas se retira para o eu. A megalomania seria o domínio psíquico dessa quantidade de libido. Entretanto, uma falha nesse domínio, dessa função psíquica, dá margem à hipocondria da parafrenia. Processo homólogo ocorre em relação à angústia nas neuroses de transferência.

Na parafrenia haveria desligamento parcial da libido dos objetos e, a partir disso, Freud propõe uma distinção entre três grupos de fenômenos nesse quadro clínico: 1) os que representam o que resta de um estado normal de neurose; 2) os que representam um processo mórbido devido ao afastamento da libido dos objetos, desencadeando a megalomania, hipocondria, perturbações afetivas e regressão; 3) os que representam a restauração onde a libido é novamente ligada aos objetos. As manifestações hipocondríacas na parafrenia consistem numa tentativa de restauração, à qual se devem as surpreendentes manifestações da doença (Freud, 1914/1996).

A relação da hipocondria com a parafrenia retornará no pensamento de Freud pelo viés da esquizofrenia no texto “O Inconsciente” (1915a/1996). Neste trabalho, reitera sua concepção de que na esquizofrenia a libido retirada dos objetos refugia-se no ego, isto é, as catexias objetais são abandonadas, restabelecendo-se uma primitiva condição de narcisismo.

Segundo ele, os esquizofrênicos apresentam grande número de modificações na fala cuja expressão se mostraria ‘afetada’ e ‘preciosa’. A construção das frases é desorganizada, acabando por torná-las incompreensíveis, disparatadas. Em suas observações, o sujeito quase sempre faz referência a órgãos corporais e inervações. Para demonstrar e esclarecer tais aspectos, Freud se utiliza da descrição de Victor Tausk acerca de um de seus casos clínicos. Trata-se de uma moça, que após uma discussão com o amante, queixa-se de que “seus olhos não estavam direitos, estavam tortos”. Acusava o amante de ser hipócrita, um “entortador de olhos” (sic). Ele teria entortado seus olhos, que agora não eram mais os olhos dela; ela via o mundo com olhos diferentes.

Segundo Freud, os comentários da paciente lançam luz sobre o significado e a gênese da formação das palavras esquizofrênicas. Concorda com a posição de Tausk, que ressalta que a relação da paciente com o órgão corporal – olho – arrogou-se a si a representação de todo o conteúdo dos pensamentos dela. “Aqui a manifestação oral esquizofrênica exibe uma característica hipocondríaca: tornou-se *fala do órgão*” (Freud, 1915a/1996, p. 203).

Nesse exemplo clínico, se a paciente fosse histérica, provavelmente teria de fato entortado convulsivamente os olhos; ela não teria tido quaisquer pensamentos conscientes concomitantes, nem mesmo teria sido capaz de expressá-los depois. Essas observações vão de encontro ao que Freud denominou de fala hipocondríaca ou ‘fala do órgão’.

### **I.3 – Segunda teoria do trauma: um novo olhar sobre a hipocondria**

Após as “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise” (1916-7) Freud não retomou mais amplamente o tema das neuroses atuais. Entretanto, após 1920, seus escassos escritos sobre a questão oferecem pistas para pensarmos a problemática da hipocondria em sua articulação com a noção de trauma. Acreditamos que tal abordagem abre importante via de reflexão acerca do caráter transnosográfico da hipocondria.

Em 1920, Freud faz rápida menção à hipocondria ao aproximar a sua sintomatologia daquela que estaria presente nas neuroses traumáticas:

O quadro sintomático apresentado pela neurose traumática aproxima-se do da histeria pela abundância de seus sintomas motores semelhantes; em geral, contudo, ultrapassa-o, em seus sinais fortemente acentuados de indisposição subjetiva (no que se assemelha à hipocondria ou à melancolia), bem como nas provas que fornece de debilitamento e de perturbação muito mais abrangentes e gerais das capacidades mentais (Freud, 1920/1996, p. 23).

Esse trecho é muito interessante, pois indica a presença de uma possível articulação da hipocondria com o traumático, agora sob nova visão.

A gênese da neurose traumática é explicada a partir do fator-surpresa, o susto. Entretanto, no caso de um ferimento ou dano infligido simultaneamente ao susto, este operaria, via de regra, contra o desenvolvimento de uma neurose. Freud (1920/1996) diferencia angústia, medo e susto/terror. A angústia seria um estado particular de esperar o perigo, uma preparação para o perigo. Já o medo exige um objeto específico a que se tenha temor. O susto seria aquele estado que resulta de uma confrontação com um perigo sem estar preparado para ele, dando-se ênfase ao fator-surpresa. Deste modo, a angústia não produziria a neurose traumática: a condição para o seu desencadeamento seria o susto.

A partir da análise dos sonhos das neuroses traumáticas, que remetem o sujeito de volta à situação do acidente, fazendo com que desperte com outro susto, é lançada a ideia de compulsão à repetição. Tais questões fazem Freud repensar a soberania do princípio de prazer: existiria na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer. Trata-se de algo mais primitivo, mais elementar e mais pulsional que o princípio de prazer.

Freud descreve como traumáticas

quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar (Freud, 1920/1996, p. 40).

Diante do traumático, o aparelho psíquico é transbordado por um excesso de excitações e sua tarefa, a partir de então, é dominar essas quantidades e ligá-las/vinculá-

las no sentido psíquico. Por conta do trauma, dá-se a irrupção de grandes quantidades de excitação no aparelho, que deve se empenhar em dominar e vincular essas excitações. A reação do aparelho psíquico diante da invasão de excitações é convocar energia de todos os lados, empobrecendo e paralisando os outros sistemas, de modo a produzir uma anticatexia.

O escudo protetor ou o paraexcitações é descrito como dispositivo protetor antiestímulos, constituído de uma camada endurecida que age como envoltório ou membrana que resiste às excitações, capaz de proteger as camadas mais profundas, de modo que os estímulos não sejam tão intensos. Apesar disso, em determinadas ocasiões a excitação pode ser tão forte que ultrapassa as condições de proteção desse escudo, atingindo os outros sistemas, produzindo efeitos devastadores para o aparelho psíquico. “A proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles” (Freud, 1920/1996, p. 38).

A ausência de paraexcitação sobre a vertente interna do aparelho psíquico, introduz, no interior do próprio eu uma potencialidade traumática. Isso é considerado por Freud quando ele constata que as excitações internas podem produzir perturbações econômicas comparáveis àquelas das neuroses traumáticas. A questão que se coloca é justamente sobre a maneira pela qual o aparelho psíquico, mais especificamente, o eu, poderá se defender das excitações brutas cujo caráter traumático é afirmado, seja qual for a sua procedência – interna ou externa (Press, 1999).

Entendemos que ao tratar das excitações internas Freud estabelece estreita relação entre trauma e pulsão. Segundo Melo e Ribeiro (2006), a falta de proteção contra as excitações internas deve ser suprida pelo desenvolvimento da angústia e pelo desenvolvimento de um eu capaz de impedir, pelo recalçamento, o excesso de angústia. Entretanto, como ressaltam os autores, Freud busca a integração dos modelos do trauma e da pulsão. Não se trata de um somatório de determinações, mas de considerar que, por um lado, a pulsão contém o traumático em sua constituição e, por outro, que qualquer situação traumática é necessariamente habitada pela pulsão.

A neurose traumática seria a consequência de uma grande ruptura no escudo protetor contra estímulos. Entretanto, essa ruptura não se deve ao choque mecânico, mas ao susto e a ameaça à vida. O susto seria causado pela falta de qualquer preparação para a angústia, inclusive a falta de hipercatexia nos sistemas que receberiam os estímulos. Devido à sua baixa catexia, esses sistemas não teriam condições de ligar a quantidade de excitação que chega ao aparelho. Deste modo, a ruptura no escudo protetor ocorreria



mais facilmente: “Ver-se-á, então, que a preparação para a ansiedade e a hipercatexia dos sistemas receptivos constitui a última linha de defesa do escudo contra estímulos” (Freud, 1920/1996, p. 42). Entretanto, Freud adverte que se a intensidade do trauma excede certo limite, esses fatores deixam de ter importância.

No caso de dano físico ocorrido simultaneamente ao trauma as possibilidades do desenvolvimento de uma neurose diminuem. O desprazer decorrente de um sofrimento físico se deve à ruptura do escudo protetor numa área limitada, ocasionando um fluxo de excitações desde a periferia até o aparelho mental. Isso se torna inteligível se levarmos em conta que a agitação mecânica seria uma das fontes de excitação sexual e, além disso, que moléstias penosas e febris exercem grande efeito sobre a distribuição da libido. Freud esclarece que:

por um lado, a violência mecânica do trauma liberaria uma quantidade de excitação sexual que, devido à falta de preparação para a ansiedade, teria um efeito traumático, mas, por outro lado, o dano físico simultâneo, exigindo uma hipercatexia narcísica do órgão prejudicado, sujeitaria o excesso de excitação (Freud, 1920/1996, p. 44).

Acrescenta ainda:

É também bem conhecido, embora a teoria da libido ainda não tenha feito uso suficiente do fato, que distúrbios graves na distribuição da libido, tal como a melancolia, são temporariamente interrompidos por uma moléstia orgânica intercorrente, e, na verdade, que mesmo uma condição plenamente desenvolvida de demência precoce é capaz de remissão temporária nessas mesmas circunstâncias (Freud, 1920/1996, p. 44).

Apesar da referência aqui à doença orgânica, consideramos que o surgimento da hipocondria possa ser pensado a partir dessas indicações. Como vimos anteriormente, no texto dedicado ao conceito de narcisismo é apontada uma semelhança entre doença orgânica e hipocondria no que toca a questão da distribuição libidinal. Tal como no caso de um ferimento físico, na hipocondria também se dá um hiperinvestimento no órgão do qual se queixa o sujeito. Na situação traumática, esse hiperinvestimento em um órgão poderia sujeitar o excesso de excitação que irromperia no aparelho psíquico. A convocação do corpo poderia servir à limitação dos efeitos desestruturantes do traumático.

Em consonância com a nossa posição, Volich (2002) afirma que as sensações hipocondríacas podem vir a preencher essa necessidade imperativa de ligação da excitação. As manifestações hipocondríacas em todos os quadros psicopatológicos poderiam ser compreendidas como tentativas de ligação da excitação e da angústia

segundo um nível mais primitivo de funcionamento, ou seja, a partir da experiência corporal.

Acrescenta Gibeault (2002) que um estado traumático pode questionar, a qualquer momento, um funcionamento psíquico neurótico ou psicótico e provocar uma somatização. Em nossa visão, isso também se aplicaria ao desencadeamento de sintomas hipocondríacos, já que um *núcleo de neurose atual seria subjacente a qualquer organização psíquica*. Assim, consideramos que diante de um estado traumático, na falta de recursos psiconeuróticos mais elaborados, as manifestações corporais hipocondríacas podem ser acionadas. Isso nos parece em sintonia com a seguinte afirmação de Freud: “as neuroses de nossos pouco psicológicos dias de hoje assumem um aspecto hipocondríaco e aparecem disfarçadas como enfermidades orgânicas” (Freud, 1923[1922]/1996, p. 87).

A predominância das manifestações corporais seria uma das consequências dos efeitos do trauma em relação à capacidade de processamento e elaboração do ego. As sensações hipocondríacas serviriam nesse contexto como tentativas de controle da desorganização econômica decorrente do trauma. Nos termos de Volich (2002), a hipocondria se constitui como recurso corporal de ligação antitraumático não conversivo. Em nossa posição, não se trataria exatamente de uma ligação no sentido estrito do termo, mas de uma contenção, no sentido de se limitar os efeitos do traumático.

Freud retomará o tema das neuroses atuais em “Um estudo autobiográfico” (1925 [1924]/1996) no qual irá reiterar sua concepção de que elas seriam a expressão tóxica direta das perturbações da função sexual, enquanto as psiconeuroses seriam sua expressão mental.

Desde aquela época não tive oportunidade de voltar à pesquisa das ‘neuroses atuais’, nem essa parte do meu trabalho foi continuada por outro. Se hoje lanço um olhar retrospectivo aos meus primeiros achados, eles me surpreendem como sendo os primeiros delineamentos toscos daquilo que é provavelmente um assunto muito mais complicado. Mas no todo ainda me parecem válidos (...) Tudo que estou afirmando é que os sintomas desses pacientes não são mentalmente determinados ou removíveis pela análise, mas devem ser considerados como consequências tóxicas diretas de processos químicos sexuais perturbados (Freud, 1925/1996, p. 32).

Apesar de não reexaminar diretamente o tema das neuroses atuais e de reconhecer como válidas ainda suas concepção anteriores à virada teórica de 1920, Freud pontua que a questão poderia ser mais complexa. A partir do que exploramos neste tópico notamos certa oscilação no pensamento freudiano. Em determinados

momentos, lança algumas indicações que poderiam dar maior densidade à compreensão das neuroses atuais, incluindo aí a hipocondria, mas depois recua, reafirmando o que havia sido postulado anteriormente. Esse movimento também poderá ser observado no que concerne às elaborações da segunda teoria da angústia, embora sobre este aspecto seja possível vislumbrar um avanço no que concerne à questão das neuroses atuais. Nesse escopo de questões, a própria concepção de trauma vem a ser aprofundada e ampliada, conforme iremos mostrar a seguir.

### **1.3.1 – A segunda teoria da angústia: passividade e desamparo**

As postulações da segunda teoria do trauma e da segunda teoria pulsional alavancaram outras modificações na teoria freudiana, dentre elas a formulação da segunda tópica. Munido dessas elaborações Freud reformulará a sua teoria da angústia, lançando indicações importantes para repensarmos a questão das neuroses atuais, campo no qual se inseriria a hipocondria.

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926[1925]/1996) Freud reformula sua teoria da angústia. Considera que o ego seria a sede da angústia e, em decorrência disso, que o recalque seria produzido pela angústia e não o contrário, conforme afirmara até então. A angústia do ego é primária e põe em movimento o recalque. Retoma a antiga ideia sobre a origem das neuroses atuais segundo a qual a libido da pulsão sexual seria transformada em angústia. Nessas investigações, Freud havia constatado que irrupções de angústia e um estado geral de preparo para a angústia eram produzidos por certas práticas sexuais como o coito interrompido, a excitação sexual não descarregada ou a abstinência forçada. Sempre que a excitação sexual era inibida, presa ou defletida em seu rumo à satisfação, a libido vinha a ser transformada em angústia.

Ele considera essas observações ainda válidas. Entretanto, questiona se esse entendimento da questão poderia coexistir com sua afirmação de que o ego seria a sede da angústia e de que esta colocaria em movimento o recalque. Para dar conta dessa suposta contradição, indaga-se sobre o que seria a angústia e acaba considerando-a como produto do desamparo mental da criança, relacionando-o ao trauma do nascimento. A imaturidade biológica e psíquica do recém-nascido faria com que a angústia vivida por ele no ato do nascimento não pudesse ser integrada como uma experiência de vida, assumindo, portanto, caráter traumático. Nessa situação, ele encontrar-se-ia em total dependência e passividade em relação ao outro, resultando em uma ameaça de aniquilamento. O bebê não teria recursos para representar essa situação,

portanto, a vivenciaria no imediato de seu corpo, como angústia de morte e destruição (Rocha, 2000).

A angústia originária do nascimento estaria ligada ao estado de desamparo no qual o recém-nascido estaria imerso devido à passividade e à incapacidade de encontrar em si os recursos para lidar com tal situação. Indica Rocha (2000) que Freud considera a vivência do nascimento como arquetípica. Ela encontraria seu sentido, não no momento em que é vivida, mas apenas no *a posteriori*, ou melhor, nas repetições posteriores que virão dar sentido à experiência primeira, como verdadeira experiência. De acordo com o referido autor, a angústia originária se constitui posteriormente nas sucessivas experiências em que se desdobra, como experiência de separação. É justamente porque o bebê encontra-se separado da mãe que ele se torna um desamparado. Enquanto a angústia originária do desamparo e a angústia de separação não puderem ser representadas, prevalecerá o impacto de uma experiência de aniquilamento.

Freud tenta afinar seus primeiros achados referentes às neuroses atuais com as descobertas mais recentes. Mostra que na interferência imprópria da excitação sexual ou pelo seu desvio da elaboração psíquica, a angústia surgiria diretamente da libido. Neste caso, o ego fica reduzido a um estado de desamparo diante de uma excitação excessiva, como aquela que seria própria da situação do nascimento. Assim, o excedente de libido não utilizada é descarregado na forma de angústia. Partindo dessas formulações, ele retoma a relação entre neuroses atuais e psiconeuroses:

Como sabemos, uma psicose está especialmente sujeita a desenvolver-se com base em uma neurose ‘atual’. Isto se afigura como se o ego tivesse tentando poupar-se à ansiedade, que ele aprendeu a manter em suspensão por algum tempo, e ligá-la pela formação de sintomas. A análise das neuroses de guerra traumáticas – expressão que, incidentalmente, abrange grande variedade de perturbações – provavelmente teria revelado que grande número delas possui algumas características das neuroses ‘atuais’ (Freud, 1926[1925]/1996, p. 139-140).

É interessante notar que Freud mais uma vez faz alusão à semelhança entre as neuroses atuais e as neuroses traumáticas. O que parece reuni-las é justamente o desenvolvimento da angústia automática, angústia de aniquilamento do eu diante de um pulsional mortífero. Entretanto, a angústia pode ser ligada pela formação de sintomas psiconeuróticos. Neste caso teríamos uma transformação, decorrente de um trabalho egoico de vinculação/representação da excitação pulsional.

Indica Rocha (2000) que, ao estudar a angústia automática, Freud enfatiza o estado de desamparo e de vulnerabilidade do sujeito em situações traumáticas. Nestas o desamparo do recém-nascido seria o modelo para pensar a angústia automática. O que

define o desamparo é, portanto, a passividade do sujeito, ou seja, a incapacidade de poder, com seus próprios recursos, encontrar a saída para seus impasses. Apenas quando o ego consegue passar do estado de passividade para o de atividade é que se torna capaz de reconhecer o perigo e preveni-lo com o sinal de angústia.

Na angústia automática, “*a libido trabalha inteiramente desligada e solta* e, por esta razão, o sentimento que dela resulta reveste a conotação de uma força incontrolável, que deixa o sujeito desamparado, exposto a um perigo de aniquilamento” (Rocha, 2000, p. 132). Na hipocondria, acreditamos que esse estado de desamparo e de passividade, cuja base residiria numa vivência traumática, acaba se perpetuando na angústia de ter um corpo que não funciona bem e que é alvo de uma doença – na maioria das vezes – fatal.

Em 1932, na conferência intitulada “Ansiedade e vida instintual” (1933a [1932]/1996), Freud afirma que não mais sustentará que nas neuroses de angústia a libido é transformada em angústia. No entanto, insiste numa dupla origem da angústia: 1) como consequência direta do momento traumático e 2) como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento. Lembremos que a angústia como consequência do trauma estaria relacionada ao estado de desamparo do ego diante do excesso pulsional, aspecto que sustentamos aqui como próprio à hipocondria.

Segundo Ritter (2013) entender o surgimento da angústia de uma nova forma possibilitou que Freud aproximasse a neurose traumática das neuroses atuais. Apesar de manter sua ideia de dano somático à esfera sexual, pela ocorrência de uma excitação sexual não consumada, a angústia não decorreria, nesse caso, diretamente dessa tensão, mas surgiria no ego como resposta ao estado de excitação intensa, ou seja, como consequência direta do vivido traumático. Trata-se de uma mudança sutil, mas que traz para o primeiro plano o papel do ego na produção da angústia.

À medida que Freud concebe o trauma como estando no cerne da constituição subjetiva, oferece-nos importante contribuição para reiterarmos o caráter transnosográfico da hipocondria. Sublinha Press (1999) que quando colocamos o trauma na base da constituição psíquica, concebemos que é sobre um fundo traumático que se desenvolve toda atividade psíquica. Haveria um fundo de não inscrição na raiz do funcionamento psíquico. Essa dimensão traumática, ponto de partida do funcionamento traumático ulterior, fundamento da compulsão à repetição, é o que funda a atividade representacional. Parafraseando Freud, Press mostra que o núcleo traumático seria o

“grão de areia que um molusco cobre de camadas de madrepérola”. Tal ideia evidencia a íntima relação entre trauma e neuroses atuais.

Para nós, a presença de sintomas hipocondríacos em todos os quadros psicopatológicos se deve justamente ao fato de que na base de toda patologia, assim como da constituição humana, há um fundo traumático. Conforme ressaltamos ao longo do presente capítulo, a hipocondria se presta a uma função de mediadora dos investimentos narcísicos e objetais, a partir da utilização da experiência corporal. Munidos dessas indicações, avançaremos em nossa pesquisa tentando mostrar de que modo a experiência hipocondríaca pode fazer parte dos processos constitutivos da vida subjetiva. Além disso, vamos indicar em que condições ela pode adquirir um caráter patológico, onde o corpo assume o lugar de “perseguidor”, com as aterrorizantes doenças das quais os sujeitos por ela acometidos tanto se queixam.

## **Capítulo II: Experiência hipocondríaca do corpo: aspectos constitutivos e patológicos**

Mais uma vez, a fim de chegar à compreensão do que parece tão simples em fenômenos normais, teremos de recorrer ao campo da patologia com suas distorções e exageros (Freud, 1914/1996, p. 89).

No rastro do pensamento de Freud, abordaremos neste capítulo a hipocondria, em seus aspectos constitutivos e patológicos. Investigar a sua dimensão constitutiva permitirá o aprofundamento do que desenvolvemos no capítulo anterior. Mostramos que toda neurose comporta certa dose de hipocondria, pois a convocação do corpo exerce função econômica na regulação dos investimentos narcísicos e objetais em um nível mais primitivo do funcionamento psíquico. Entretanto, é preciso ainda investigar as razões pelas quais a experiência corporal se presta à função de mediação quando há falha nos recursos psíquicos mais elaborados.

### **II. 1 – A experiência hipocondríaca nos processos constitutivos**

A dinâmica “hipocondríaca” deve estar presente na vida dos sujeitos como modo de experiência, de domínio, ligação e elaboração das quantidades de excitação. Esta visão mais ampla da hipocondria se fundamenta no fato de o corpo ser, por excelência, o lugar da experiência do mundo e do semelhante, do encontro com o outro e da constituição do eu. Ele é o primeiro mediador da relação objetal a partir da qual se forma o si próprio.

Para compreender esta dimensão constitutiva da experiência hipocondríaca, partiremos da situação de desamparo do recém-nascido a qual inaugura a relação com o outro, mediada pelas experiências corporais. Nosso objetivo é sublinhar a importância da qualidade dos cuidados maternos no processo de transformação do “corpo de sensações” em um “corpo representado/falado”.

#### **II.1.1 – Desamparo e experiência hipocondríaca do corpo**

No início da vida, as sensações corporais que assolam o bebê lhe são desagradáveis, colocando em questão a sua sobrevivência. Nesse momento, essas sensações são essenciais e constituem uma demanda básica ao outro. Diante destas sensações, a reação do bebê é o choro: primeira modalidade de queixa. As sensações

corporais desagradáveis o colocam numa situação de desamparo físico e psíquico já que, por sua constituição prematura, ele não possui recursos para suprir suas próprias necessidades. O choro constitui um apelo de ajuda e de cuidado, apelo endereçado a alguém para que venha em seu socorro.

Desde 1895, Freud sublinhara a condição de desamparo inicial dos seres humanos e a necessidade da ajuda do outro para suprir as demandas, físicas e psíquicas. A pessoa que ajuda é o outro “semelhante”, o qual, alertado pelas modificações internas da criança desamparada, realiza a ação específica propiciadora de apaziguamento. O investimento dos sinais corporais da criança e a adequação de sua resposta instauram a “compreensão mútua” sendo que a ajuda prestada à criança pelo outro “semelhante” proporcionará a experiência de satisfação no lugar de um vivido doloroso (Freud, 1895d{1950 [1887-1902]}/1996).

Em meio à turbulência de sensações, o sujeito é confrontado com sua situação de dependência em relação a um outro ser. A função materna consiste em proteger a criança e satisfazer suas necessidades, mas também em investir afetiva e libidinalmente o bebê, permitindo a significação e a nomeação das experiências. O papel desse primeiro outro é proporcionar um apaziguamento em relação ao tumulto de excitações e experiências que o bebê vive em seu corpo, inclusive aquelas despertadas no trato do adulto com a criança.

Aulagnier (1975) considera que a função de mediação materna é fundamental, pois a partir dela a criança adquirirá conhecimento de seu corpo, de suas necessidades, pulsões e afetos. A nomeação do corpo e de suas partes deve comportar uma fala erógena, fonte e promessa de prazer, e, ao longo deste processo, o bebê deve tomar conhecimento do prazer, desprazer ou indiferença que a mãe experimenta no contato com esses órgãos, partes e funções. Junto com o apelo, a criança recebe de volta uma mensagem sobre a emoção causada à mãe. É essencial que esta possa manifestar prazer em reconhecer a existência da criança. A apropriação dos enunciados maternos que nomeiam as partes e funções do corpo permite que venha a se formar no psiquismo da criança uma imagem unificada dele, ou melhor, nela antecipa a presença de um projeto de eu, como unidade.

Segundo McDougall (1989/2000), a vida psíquica começa como experiência de fusão, levando à constituição por parte da criança da fantasia da existência de apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas. Tudo o que ameaça destruir essa ilusão de indistinção lançará o bebê numa busca desesperada do paraíso perdido intrauterino. Os



seus gritos e sinais de sofrimento impelem o outro a responder à sua demanda trazendo-lhe alívio, recriando a ilusão fusional do Um. À medida que é capaz de manter essa ilusão, a mãe propicia à criança a integração de uma imagem interior, capaz de produzir sensação de reconforto ou a simples possibilidade de se entregar tranquilamente ao sono. Entretanto, há a necessidade de separação. Em momentos de sofrimento os bebês procuram recriar a ilusão de unidade corporal e mental com o universo materno, mas lutando também para diferenciar seu corpo e seu eu nascente do corpo e do eu da figura materna.

Primeiramente é construída no bebê uma imagem do ambiente tranquilizador, depois a sua representação mental, capaz de acalmar as tempestades afetivas e a modificação de seu sofrimento, sem se opor à sua autonomia corporal e psíquica. A representação mental da mãe permite à criança assumir por si mesma essas funções introjetadas. Aos poucos, o contato corporal é substituído pela linguagem, via de comunicação simbólica.

Ressalta McDougall (1989/2000) que se esse processo fracassar a capacidade da criança em integrar e reconhecer como seus o seu corpo, seus pensamentos e afetos, poderá ser comprometida. No entender da autora o

(...) lactente necessita estabelecer uma relação com uma mãe que preencha de maneira adequada seu papel protetor de escudo contra os poderosos estímulos provenientes de fora e que seja capaz de decodificar as comunicações que seu bebê lhe faz, bem como de compreender sua necessidade recorrente de estímulo e sossego (McDougall, 1989/2000, p. 44).

A representação psíquica da mãe está ligada à sua capacidade de modificar o sofrimento físico e psíquico do filho. Conforme destacam Fernandes (2001) e Aisenstein (2002), para que possa escutar o corpo do bebê e interpretar seus sinais, a mãe precisa dar provas de um funcionamento psíquico que pode ser qualificado de “hipocondríaco”. Já Manuel Mattos (1999) se refere a essa função como “intuição necessária”. O investimento materno possibilita a capacidade de “uma escuta e de um olhar hipocondríacos” sobre o corpo do bebê, como se este fosse o “órgão hipocondríaco da mãe”, de modo a nele detectar as alterações que poderiam levar a um estado de sofrimento. Sem essa “capacidade diagnóstica” não será possível conter o sofrimento da criança, ou seja, interpretar adequadamente o que se passa no seu corpo. Quando bem-sucedida, a capacidade de ouvir e interpretar os sinais do corpo da criança permitirá que o ambiente maternal transforme o “corpo de sensações” em um “corpo

falado” (Fernandes, 2001). A representação de um ambiente maternante que permite a tranquilização básica favorece a constituição do “silêncio do corpo”.

Afirma Michel Fain (1990/2010) que a qualidade da presença da mãe propicia à criança a experiência de silêncio do corpo, constituído por uma percepção contínua de impressões tranquilizadoras. O silêncio do corpo é o herdeiro direto de um quadro suficientemente bom da infância que, em silêncio e ternura, assegura bem-estar, sem prejuízo de sua potencialidade de desenvolvimento. Esse silêncio resulta da introjeção da capacidade de apaziguamento materna através da constituição do objeto interno, atuando como paraexcitação, filtrando as excitações que chegam até o psiquismo.

No início da vida, a experiência corporal se confunde com a relação com o outro, pois tudo que é sentido passa pelo corpo, inclusive a experiência estabelecida com o mundo circundante. É o corpo que guarda as marcas dessas relações, o que inaugura outra dimensão corporal. O corpo é o “mediador e aposta relacional (*enjeu*) entre duas psiques e entre a psique e o mundo” (Aulagnier, 1999, p. 11).

Através da constituição de um objeto interno de boa qualidade, a função materna poderá propiciar a capacidade de filtrar e representar as excitações que chegam do próprio corpo da criança. Deste modo, constitui-se uma *experiência hipocondríaca* de caráter estruturante. Entretanto, as excitações a serem apaziguadas não são apenas de ordem biológica, pois no contato com o outro são despertadas as excitações pulsionais. No caso da experiência hipocondríaca estruturante, constitutiva, são essas excitações que estão em jogo. Vejamos como isso se dá.

### **II.1.2 – Para além do biológico: o corpo pulsional**

Ao investigar a dimensão da sexualidade infantil, Freud (1905) nos oferece uma compreensão mais elaborada de corpo em psicanálise, remetendo-nos ao corpo pulsional, caracterizado como dimensão erógena. Segundo ele (1905 e 1915b/1996), a pulsão é um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático, uma medida de exigência de trabalho à vida anímica, no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. São concebidos três elementos da pulsão: a fonte, o objeto e o alvo. A fonte da pulsão é remetida a um processo excitatório num órgão, e seu alvo, a supressão desse estímulo, ou seja, a satisfação. O objeto é o meio pelo qual a pulsão atinge seu alvo, o que há de mais variável na pulsão, e poderá ser uma parte do próprio corpo do sujeito. Em 1915, Freud introduz um novo elemento: a pressão, ou seja, o “seu fator motor, a

quantidade de força ou a medida de exigência de trabalho que ela representa” (Freud, 1915b/1996, p. 127).

O órgão de onde parte a excitação sexual – a fonte da pulsão – é a zona erógena, comportando-se como parte do aparelho sexual, como aparelho acessório ou substituto da genitália. O modo como se formam as zonas erógenas é explicado a partir das necessidades biológicas do bebê. Freud parte aqui da atividade do chuchar, modelo das manifestações sexuais na infância.

(...) os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas (Freud, 1905/1996, p. 171).

As pulsões sexuais emergem apoiadas nas funções de preservação da vida, tornando-se, num segundo tempo, independentes dessas funções. Dá-se um desvio no qual tem lugar uma importante transformação, a saber, a necessidade de se repetir a experiência de satisfação sexual, que passa a estar dissociada da necessidade de absorção do alimento. Por meio da sucção do seio materno, a criança experimenta prazer, e seus lábios fazem o papel de zona erógena: “uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade” (Freud, 1905/1996, p. 172). Qualquer ponto da pele ou da mucosa pode ter a função de zona erógena e proporcionar sensação prazerosa, o que vai depender da qualidade do estímulo mais do que da natureza das partes do corpo.

Inicialmente, a satisfação da zona erógena se encontra associada à alimentação, à satisfação da necessidade alimentar. Quando a repetição da satisfação sexual emerge não será mais a demanda de nutrição o motor pela busca do seio, mas o estímulo pulsional. Portanto, o corpo pulsional emerge apoiado na necessidade, mas desta se desvia não mais com ela se confundindo. Nesse processo, o outro – aquele que exerce a função materna – tem papel fundamental.

Em algumas passagens da obra freudiana fica evidente o lugar do outro na emergência do corpo pulsional. Nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, a experiência de “sedução” é relacionada ao aparecimento da atividade sexual nas crianças:

As contingências fortuitas externas ganham nesse período uma importância grande e duradoura. Em primeiro plano situa-se a influência da sedução, que trata a criança prematuramente como um objeto sexual e que, em circunstâncias que causam forte

impressão, ensina-a a conhecer a satisfação das zonas genitais (Freud, 1905/1996, p. 179).

Freud também ressalta que a sedução não seria necessária para despertar a sexualidade infantil, podendo esta ser desencadeada por causas internas. Apesar de parecer ainda muito atrelado à questão da sedução em sentido estrito, em outra passagem desse mesmo trabalho, oferece-nos pistas que ampliam essa visão:

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo (Freud, 1905/1996, p. 211).

Através de expressões de ternura, a figura materna desperta a pulsão sexual na criança. Vale notar que em 1932, esta posição será reiterada por Freud ao afirmar que, ao se ocupar do corpo do bebê a mãe acaba por despertar outro tipo de sensações: “foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais” (Freud, 1933b [1932]/1996, p. 121). Assim, a mãe ocupa lugar de sedutora, função fundamental na emergência de um corpo perpassado pela pulsão sexual.

### **II.1.3 – Sedução e apoio: base da constituição do corpo pulsional**

O corpo pulsional emerge apoiado no corpo da necessidade; no entanto, o contato com a figura materna e a “sedução” exercida sobre o bebê têm papel essencial nesse processo. Fundamentado nas elaborações freudianas, Jean Laplanche (1988) veio complexificar o papel de sedução da figura materna na constituição do corpo pulsional. Além disso, resgata a ideia de apoio, articulando-a com a de sedução originária.

Com Laplanche (1988) entendemos que o movimento de “apoio” se articula com o de sedução, pois o desvio no funcionamento biológico, rumo à abertura do campo da sexualidade, apenas se torna possível pela sedução exercida pelo adulto. Em 1932, a sedução havia sido considerada por Freud como dado quase universal: haveria uma sedução à qual nenhum ser humano escaparia. Trata-se da sedução dos cuidados maternos, onde os primeiros gestos da mãe na sua relação com a criança seriam impregnados de sexualidade. Pontua Laplanche (1988) que a sedução ultrapassa o campo da sexualidade estrita, no sentido de factual, relacionando-se ao sexual veiculado nas mensagens inconscientes que o adulto endereça à criança.

O ponto de partida do movimento de apoio é a parte inconsciente da mensagem do outro, seu lugar de impacto sobre o corpo da criança. A relação de cuidados propõe lugares de implantação/intromissão para aquilo que os gestos adultos vão veicular como mensagens, fantasias inconscientes. Trata-se do confronto de um indivíduo cujas montagens somato-psíquicas situam-se essencialmente no nível da necessidade com significantes emanando do adulto, mensagens estas de caráter sexual, inconsciente, enigmático para o próprio adulto.

Os cuidados maternos delimitam, contornam e destacam do corpo as zonas erógenas (Laplanche, 1997). A partir dessa concepção, a sedução vem dar outro fundamento à noção de zona erógena. Laplanche explica o que compreende por significantes enigmáticos a partir do seguinte exemplo:

O próprio seio, órgão aparentemente natural da lactação: pode continuar a negligenciar-se, na teoria analítica, o seu investimento sexual e inconsciente o mais importante para a mulher? Pode supor-se que este bloqueio sexual, que pode ser perverso no sentido dos *Três Ensaios sobre a Sexualidade*, não é percebido, considerado pelo lactente, como fonte deste obscuro questionamento: que me quer ele, além de me aleitar e, ao fim e ao cabo, por que quer aleitar-me? (Laplanche, 1988, p. 132).

Ao generalizar a teoria da sedução, o autor promove uma ampliação da própria concepção de trauma. A teoria da sedução traumática ultrapassa a dimensão psicopatológica, já que é aqui concebida como parte integrante dos processos constitutivos do psiquismo. A sedução originária é traumática por estar referida a algo que não pode ser controlado senão por um trabalho de “tradução” psíquica. O trauma e a situação de desamparo se instalam por conta da sedução exercida via implantação/intromissão de mensagens sexuais enigmáticas e, ao mesmo tempo, da incapacidade da criança em traduzi-las e de delas se apropriar. Deste modo, a sedução originária introduz a dissimetria atividade/passividade, dado o confronto entre adulto e criança, tendo em vista o fato inegável de um psiquismo parental mais “rico” que o da criança.

À medida que o adulto sedutor intromete sua sexualidade inconsciente, ele também traz, ao mesmo tempo, os recursos de ligação dessas mensagens. Lembra Laplanche (1988) que o enigma, cuja base é inconsciente, é a sedução por si mesma. Os cuidados parentais apenas são sedutores por não serem transparentes, por veicularem um “enigma”.

De acordo com a “teoria da sedução generalizada” proposta por Laplanche, os quatro elementos da pulsão devem ser compreendidos da seguinte forma: a fonte está

radicada nas zonas erógenas como consequência do fenômeno de sedução; seu objeto, o outro, está na fonte da pulsão. Assim instala-se o objeto-fonte que é o que resta da mensagem enigmática do outro, veiculada na autoconservação. Trata-se de um resto não significado, isto é, um significante dessignificado. As mensagens sexuais suscitam um trabalho de domínio e de simbolização difícil ou até mesmo impossível, deixando atrás de si restos inconscientes, o objeto-fonte da pulsão; fonte, tanto dos aspectos mortíferos, como dos aspectos sintetizantes da pulsão, em conformidade com o aspecto parcial ou total que reveste. Assim, a finalidade ou o alvo seria a ação metaforizante, ou seja, a tradução/transformação das excitações que emanam das zonas erógenas (Laplanche, 1997).

A força ou a exigência de trabalho da pulsão não seria diretamente exercida pelas fontes somáticas, mas por protótipos inconscientes, ou melhor, pela diferença entre o que é simbolizável e o que não o é nas mensagens enigmáticas. O processo tradutivo dessas mensagens apenas tem lugar quando da constituição do eu, mas, antes disso, opera-se uma pré-ligação no nível do eu-corporal.

#### **II.1.4 – Autoerotismo: a emergência do eu corporal**

Enquanto o primeiro plano da existência passa pela autoconservação, o segundo seria o da sexualidade a qual, como vimos anteriormente, se dá na articulação com o primeiro plano, por meio da sedução e do apoio. A sedução é considerada fonte de ataque justamente por introduzir um desvio no sistema autoconservativo. A introdução de mensagens sexuais na criança nela provoca uma reação, movimento de defesa que não pode ser concebido como simples reação do corpo biológico (Cardoso, 2002).

Este primeiro movimento defensivo não provém de imediato de um ego constituído, mas se trata de uma defesa através de mecanismos muito elementares: retorno sobre a própria pessoa e inversão no contrário, ambos propostos por Freud (1915b/1996) em 1915 dentre os destinos da pulsão. Entretanto, antes disso, Freud já abordara de alguma maneira esses mecanismos em sua concepção do autoerotismo.

Em 1905, Freud considera que no autoerotismo a pulsão não está dirigida para outra pessoa, mas satisfaz-se no próprio corpo:

No chuchar ou sugar com leite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo autoerótica, e seu alvo sexual acha-se sob domínio de uma zona erógena (Freud, 1905/1996, p. 172).

A zona erógena a que Freud faz referência aqui é uma parte da pele ou da mucosa em que determinado tipo de estimulação provoca sensação prazerosa. O autoerotismo diz respeito a quatro aspectos: 1) satisfação local, nesta ou naquela parte do corpo, na própria zona em que tem lugar a excitação, é prazer de órgão; 2) é uma satisfação não unificada, não se liga a outros órgãos e nem ao conjunto do corpo, se esgota onde nasce; 3) conforme indica o prefixo auto, o autoerotismo existe sem objeto exterior, seja uma pessoa ou objeto parcial; 4) na atividade autoerótica tem-se a substituição de um objeto real/concreto, objeto da necessidade, por um objeto fantástico (Laplanche, 1988). Trata-se de uma sexualidade não ligada, isto é, não unificada, tanto nas suas zonas, nos seus objetos, quanto na sua realização, nos seus alvos.

Segundo Laplanche (1985), o autoerotismo foi considerado por Freud, em 1905, como resultado de um duplo movimento conjunto: desvio das atividades funcionais e retorno da atividade sobre si. O autoerotismo é, portanto, o primeiro tempo da sexualidade e a interiorização das mensagens sexuais inconscientes. Sua ação se dá num movimento cujo ponto de partida é o interior do sujeito, não mais o exterior. O retorno sobre si mesmo constitui a passagem ao autoerotismo, mas, nesse retorno autoerótico, há uma defasagem, fazendo com que a atividade que se volta sobre o sujeito não seja a mesma daquela dirigida para o exterior, mas uma atividade dela derivada.

Da atividade não sexual voltada para um objeto vital destaca-se, por um movimento de retorno, a atividade sexual. O aparecimento efetivo da sexualidade só se dará no momento em que a atividade não sexual, a função vital, vier a se destacar do seu objeto natural ou a perdê-lo. “Para a sexualidade, o momento reflexivo (*selbst* ou auto) é que é constitutivo, momento do retorno sobre si mesmo, “autoerotismo”, quando o objeto foi substituído por uma fantasia, por um objeto refletido no sujeito” (Laplanche, 1985, p. 92). Portanto, o autoerotismo não seria anobjetal, mas constituído por um objeto na fantasia, agindo no interior do psiquismo como corpo estranho interno.

A introjeção do objeto, das mensagens inconscientes por ele implantadas, é perturbadora e essencialmente geradora de excitação autoerótica. Passar para o tempo reflexivo é, sobretudo, refletir a ação, interiorizá-la, fazê-la entrar em si. Estamos aqui diante de uma defesa primitiva, como pré-ligação dessas mensagens e, de acordo com Cardoso (2002), a implantação das mensagens do outro é inseparável de uma operação de pré-ligação. Inclusive, como ressaltamos acima, é o próprio outro que, ao mesmo tempo em que implanta as mensagens sexuais, traz os recursos de ligação.

Laplanche (1985) ressalta que o “retorno sobre a própria pessoa” refere-se ao objeto da pulsão, objeto que pode ser trocado. Trata-se do objeto externo que se tornará interno: o próprio eu. No autoerotismo temos um corpo que, desviado de suas funções de autoconservação, se constitui como um eu-corpo, ainda sem fronteiras, aberto ao outro. Neste momento, é um si fragmentado ainda muito atrelado ao corpo e ao outro. Porém, para que o eu se constitua como objeto total faz-se necessária outra operação: a do narcisismo.

### **II.1.5 – Narcisismo e constituição do eu psíquico**

Em 1914, Freud afirmara que no narcisismo a pessoa trata seu próprio corpo como objeto sexual, atitude presente em todos os seres humanos durante o processo de desenvolvimento. Mas qual seria a relação entre narcisismo e autoerotismo? É preciso supor que “uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido” (Freud, 1914/1996, p. 84). Portanto, algo deve ser acrescentado ao autoerotismo a fim de provocar o narcisismo, uma “nova ação psíquica”.

O narcisismo vem unificar o funcionamento autoerótico – sexualidade não ligada, não unificada. O narcisismo é uma “colocação em forma” do autoerotismo. Para Laplanche

o eu é “ligante”, ele liga, ele é por definição total; para ele, trata-se de manter juntas, de reunir todas as suas pulsões autoeróticas, e ao mesmo tempo de contê-las, de conter o autoerótico; conter o erótico, eventualmente englobando-o, totalizando-o, mas também exercendo sobre ele, marginalmente, lateralmente, um efeito de moderação e de controle (Laplanche, 1997, p. 76).

É a ação narcísica, a coagulação narcísica, que vem ligar essa sexualidade. O ego tem justamente essa função de síntese, englobando tudo o que pode assimilar, mas também excluindo de si tudo aquilo que não é capaz de se apropriar.

Nos textos mais explícitos de Freud, define-se [o narcisismo] como unificação do autoerotismo (por essência disperso), sobre um objeto único; mas sobre um objeto que é também “auto”, um objeto que é sempre interno, “refletido”, e é exatamente por isso que é batizado com o nome do herói do espelho, Narciso. Este objeto refletido, está, conjuntamente, numa série de encaixes sucessivos, o próprio corpo ou ainda uma certa imagem unificada do próprio corpo, o “eu” (LAPLANCHE, 1988, p. 77-8).

Como mostra Laplanche, para o pequeno ser humano o problema de se abrir ao mundo seria um falso problema, pois a única problemática que aí se coloca é antes a de



se fechar, a de fechar um si, um eu. No início temos um eu aberto ao outro, sem fronteiras. Esse fechamento, que forma o eu próprio, dá-se gradualmente a partir da experiência de superfície do corpo. O eu se coagula por projeção da superfície do corpo.

A ideia de operação narcísica unificadora do eu e a de sua relação com o investimento libidinal, colocam problemas para a teoria freudiana, fazendo com que seja necessário repensar, reformular muitas das concepções elaboradas por Freud até então. Com a introdução da segunda teoria pulsional e da segunda teoria do trauma, torna-se premente a teorização da segunda tópica e especialmente da questão do ego, sua formação e suas funções. Assim, bem mais tarde, em 1923, no texto “O ego e o id”, Freud oferecerá uma compreensão da constituição egoica levando efetivamente em conta a intrínseca relação entre ego e corpo.

Nesse trabalho, onde é sistematizado o modelo da segunda tópica, Freud considera que a formação do ego se dá sob influência do sistema perceptivo. “O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui o lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas” (Freud, 1923/1996, p. 39). Acrescenta Fernandes (1997) que é o corpo próprio a fonte de todas as percepções, sejam elas internas ou externas. Ele se constitui entre o interior e o exterior, entre o eu e o outro.

Uma das maneiras pelas quais o corpo possui lugar privilegiado entre os outros objetos do mundo, segundo Freud (1923/1996), é através da sensação dolorosa. Esta possibilita um novo conhecimento sobre os órgãos, ou seja, através da dor chega-se à ideia de corpo próprio. Daí a afirmação de que o ego “em última análise deriva das sensações corporais” (Freud, 1923/1996, p. 39). Afirma Freud que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/1996, p. 39).

A ideia de projeção nos remete à constituição de uma corporeidade que ultrapassa a dimensão do biológico. Nas palavras de Fernandes (1997), seria uma “anatomia” própria, singular, construída a partir do cenário fantasístico de cada um, encontrando suas origens na referência primordial ao outro. A emergência da subjetividade se faz segundo a lógica corporal da projeção. O corpo torna-se corpo próprio, dando acesso à “primeira pessoa”, ao si mesmo, a um eu unificado.

No início temos um eu-corpo, aberto ao outro, onde o eu ainda não existe como instância – eu psíquico. As mensagens são externas, ficam cravadas na periferia do eu,

principalmente nas zonas erógenas. Quando o eu psíquico se constitui, essas mensagens podem ser traduzidas e nele integradas (Laplanche, 1988).

A distinção entre eu corporal e eu psíquico passa pela constituição de um limite interno, entre corpo e psiquismo, e de um limite externo, entre o eu e o outro. Para compreendermos como se dá a delimitação desses espaços, exploraremos, a seguir, a noção de Eu-pele, proposta por Anzieu, noção muito rica para a nossa reflexão sobre a “hipocondria”, em sua vertente constitutiva na vida psíquica.

### **II.1.6 – Do eu corporal ao eu psíquico**

A noção de Eu-pele foi elaborada por Anzieu (1989) a partir da concepção freudiana segundo a qual as funções psíquicas se desenvolvem apoiadas em uma base corporal. O corpo serve de motor, anteparo e modelo para o funcionamento dos processos psíquicos. A pele tem capital importância para a psicanálise, fornecendo ao aparelho psíquico as representações constitutivas do eu. O Eu-pele tem função continente; envolve e protege o aparelho psíquico assim como a pele envolve o corpo. Trata-se de uma espécie de envoltório do qual o bebê tem uma representação concreta a partir da experiência sensorial da pele. São as sensações cutâneas que vestem o eu nascente com uma representação imaginária. Por Eu-pele entende-se

uma representação de que serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo (Anzieu, 1989, p. 61).

A experiência de superfície do corpo surge do corpo a corpo com a mãe, proporcionando na criança a construção de um limite entre o dentro e o fora, que funciona como garantia de integridade do envoltório corporal. A pele da criança é palco de experiências sensoriais, demarcando a superfície do corpo; sua representação no psiquismo vem dar contorno ao material psíquico.

São três as funções básicas do Eu-pele, cujo modelo é o das funções da pele: 1) função de bolsa, que contém e retém em seu interior o bom e o pleno aí armazenados com as funções de aleitamento, cuidado, banho de palavras; 2) função de interface, que marca o limite dentro-fora: é a barreira que protege, que mantém o fora no exterior; 3) a pele é o lugar e o meio de comunicação com os outros, de estabelecimento de relações significantes e também superfície de inscrição de traços deixados por essas relações.

Na constituição do Eu-pele a relação com o círculo maternante tem papel fundamental, sendo que haveria dois tipos de contatos exercidos pela mãe e pelo círculo maternante sobre o corpo e a pele do bebê. Certos contatos comunicam excitação; outros, informação. No primeiro caso, podemos pensar na sedução traumática através da qual uma excitação fortemente libidinizada da mãe nos cuidados corporais dedicados à criança pode lhe transmitir uma estimulação erógena prematura e excessiva em relação ao seu desenvolvimento psíquico.

Quando o contato comunica uma informação, temos em mente uma mãe que, atenta às necessidades não apenas corporais, mas também psíquicas da criança, pode satisfazê-las. Pelos ecos sensoriais que devolve a ela e por suas ações concretas, mostra que interpretou corretamente suas necessidades. Esta condição gera a construção de um envoltório de bem-estar, narcisicamente investido, suporte de ilusão, instaurador do Eu-pele. Forma-se aí a fantasia de uma pele comum com a mãe, onde um ser, colado do outro lado desse envoltório, reage imediatamente em simetria complementar aos seus sinais, gerando a ilusão tranquilizadora de um duplo narcísico onisciente permanentemente à sua disposição.

Na fantasia de superfície de pele comum – à mãe e à criança – domina, por um lado, a troca direta das excitações, por outro, a troca das significações. Os destinos desses dois tipos de contato referem-se ao masoquismo e ao narcisismo. Nos casos em que a construção do Eu-pele se encontra prejudicada pela instauração duradoura de um envoltório psíquico de excitação e de sofrimento, no lugar de um Eu-pele – ao mesmo tempo paraexcitação e envoltório de bem-estar – instaurar-se-á um funcionamento masoquista. Neste caso, o sujeito terá a tendência a repetir compulsivamente experiências que reativam o envoltório de excitação e de sofrimento.

Aí se encontra o paradoxo dos contatos excitantes por meio dos quais a mãe funciona como paraexcitação contra as agressões do meio, pela qualidade e intensidade libidinal de seus cuidados corporais, mas provocando no bebê uma superexcitação pulsional de origem interna cujo excesso pode rapidamente se mostrar desagradável. Quando o Eu-pele se desenvolve sobre o plano masoquista, a pele comum poderá ser fantasiada como pele arrancada e ferida.

O círculo maternante circunda o bebê com um envoltório externo resultante de mensagens. Deixa um espaço disponível ao envoltório interno, superfície de seu corpo, lugar e instrumento de emissão de mensagens, pois ser um eu é sentir a capacidade de emitir sinais e ser ouvido pelos outros. Esse envoltório individualiza o bebê a partir do

reconhecimento do outro que lhe trará a confirmação de sua individualidade sobre um fundo de semelhança. “Ser um Eu é sentir-se único” (Anzieu, 1989, p. 87).

No entanto, se o folheto externo – o círculo maternante – se colar demasiadamente à pele da criança, o seu eu virá a ser sufocado, por ter sido invadido. Ao contrário, se o folheto externo for muito frouxo, o eu ficará sem consistência e demasiadamente aberto ao outro, à sua influência. Assim, o folheto interno tenderá a formar um envoltório liso, contínuo, fechado, como medida de proteção, enquanto o folheto externo terá uma estrutura em rede.

Há uma interface representada sob a forma de pele comum à mãe e à criança. A pele comum as mantém ligadas, assegurando uma comunicação sem intermediários. Anterior a essa fantasia, há a fantasia intrauterina na qual o bebê “nega” o nascimento, desejando retornar ao seio materno: fantasia de fusão narcísica primária. A interface encaminha mãe e criança para funcionamentos cada vez mais separados e, na etapa seguinte, opera-se o desaparecimento da pele comum e o reconhecimento de se ter, cada um, a sua própria pele e o seu próprio eu. Este processo não se dá sem dor, e é dele que poderão emergir as fantasias de pele arrancada.

Segundo Roussillon (2012) a função do Eu-pele é propor uma primeira forma de diferenciação entre o eu e o não eu. Este envoltório delimita o dentro e o fora, e forma a barreira a partir da qual tudo o que penetra no interior deve ser transformado. É através desse mesmo movimento que se dá a diferenciação entre o eu psíquico e o eu corporal, movimento que se estabelece a partir do que Anzieu denomina “duplo interdito do tocar”. Esta operação possui caráter primário, anterior aos interditos edipianos e concerne ao estabelecimento de uma trama narcísica a partir da qual a troca com o outro poderá vir a ser efetuada de maneira satisfatória.

O primeiro interdito do tocar, transmitido à criança por meio do afastamento físico da mãe, refere-se ao contato corporal, impondo uma existência separada, com a proibição do retorno ao seio materno, que passa a ser apenas fantasiado. O segundo interdito do tocar se aplica à pulsão de domínio: não se pode tocar em tudo, tudo dominar, interdição veiculada pela linguagem gestual. O meio familiar impõe um “não” à criança, seja através da palavra proferida ou do gesto. O duplo interdito do tocar permite a distinção entre o eu e o outro, entre eu corporal e eu psíquico.

O interdito do tocar contribui para diferenciar o que fica confuso na experiência tátil primária do corpo a corpo: seu corpo é distinto dos outros corpos. Pelos interditos, o eu, que funciona segundo uma estruturação em Eu-pele, passa ao regime do

pensamento próprio, passa a um eu psíquico diferenciado do eu corporal, mas com ele articulado. Esta diferenciação se dá ao mesmo tempo em que o eu psíquico adquire a capacidade de efetuar o trabalho psíquico de representação das excitações advindas do corpo.

Visando aprofundar esses aspectos, passamos à análise das elaborações freudianas acerca do trabalho do sonho, paradigma do trabalho psíquico em sua relação com a experiência corporal.

### **II.1.7 – A dimensão hipocondríaca nas dinâmicas inconscientes estruturantes**

Em “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos” (1917a [1915]/1996), Freud fornece um indício interessante para pensarmos de que maneira a escuta dos sinais emanados do corpo desperta a realização do trabalho psíquico. Como mostraremos, o trabalho do sonho pode ser compreendido como modelo fundamental do trabalho psíquico.

Freud introduz interessante discussão acerca do caráter hipocondríaco do sonho, permitindo que exploremos a questão da *experiência hipocondríaca* nos processos estruturantes, constitutivos da vida psíquica. Após assinalar a dimensão narcísica do sono, sustenta que os sonhos teriam uma capacidade diagnóstica e – tópico que nos interessa especialmente – esta capacidade estaria associada à experiência hipocondríaca:

A capacidade de ‘diagnóstico’ dos sonhos – um fenômeno geralmente reconhecido, mas considerado enigmático – se torna igualmente compreensível. Nos sonhos, a doença física incipiente é com frequência detectada mais cedo e mais claramente do que na vida de vigília, e todas as sensações costumeiras do corpo assumem proporções gigantescas. Essa amplificação é de natureza hipocondríaca; depende da retirada de todas as catexias psíquicas do mundo externo para o ego, tornando possível o reconhecimento precoce das modificações corporais que, na vida de vigília, permaneceriam inobservadas ainda por algum tempo (FREUD, 1917a [1915], p. 230).

Esta escuta hipocondríaca está a serviço da detecção de algum problema/disfunção orgânica em curso no interior do corpo do sujeito que sonha. Freud avança esta ideia e muitos autores irão posteriormente aprofundá-la. De nossa parte, desejamos ampliar ainda mais as indicações da citação acima, com vistas a oferecer uma melhor compreensão da interessante relação entre experiência hipocondríaca e trabalho psíquico.

A capacidade hipocondríaca do sonho, da amplificação das sensações corporais, depende do investimento libidinal narcísico necessário ao sono. Ressalta Fernandes (2002) que, ao qualificar o sonho de hipocondríaco, Freud lhe atribui, além do estatuto

alucinatório, estatuto perceptivo. Pela regressão narcísica que opera, o sono permite o olhar do sonho sobre o interior do corpo. O estado de sono e o sonho permitem maior entendimento da relação entre corpo e inconsciente, pois é sob o efeito da retração do investimento narcísico que o eu é informado, pelo seu erotismo, das modificações corporais. A questão do caráter hipocondríaco do sonho nos remete à teoria da libido, ou melhor: ao desenvolvimento da libido em seus momentos autoerótico e narcísico.

Sendo uma das vias régias de acesso ao inconsciente, o sonho dá acesso ao corpo antes da consciência. No trecho acima citado, Freud explicita essa anterioridade da observação e detecção das modificações corporais pelo inconsciente em relação ao estado de vigília. Apoiada nas elaborações de Fédida, Fernandes (1997) sublinha que a percepção do corpo no sonho permite a encenação/representação de sensações corporais próprias ao estado de vigília, que estariam aquém do limiar da percepção consciente.

Acrescenta ainda Volich (2002) que a dimensão hipocondríaca da atividade onírica possibilitou a Freud compreendê-la como manifestação vinculada às dinâmicas inconscientes estruturantes. Para além de uma abordagem em que as experiências corporais seriam consideradas apenas como fontes a partir das quais se dá o trabalho onírico, podemos entrever relações bem mais complexas entre essas duas experiências. Freud sublinha as marcas da experiência hipocondríaca nas relações entre os sonhos e as fontes somáticas, atribuindo à dinâmica hipocondríaca uma parte importante do trabalho representacional do sonho.

O trabalho do sonho é um verdadeiro trabalho somático, que representa a transgressão necessária da funcionalidade do órgão, ou seja, seu caráter pulsional e erógeno, além de sua natureza biológica. Certamente somos hipocondríacos em nossos sonhos, mas deixamos de sê-lo quando nosso corpo é figurado simbolicamente, graças à transformação aí operada, dando a ele a aparência de objeto familiar (Fédida, 1972).

Se o sonho é hipocondríaco, ou seja, se permite esse olhar para o interior do corpo, não é porque comporte preocupações hipocondríacas ou porque manifeste queixas hipocondríacas em seu conteúdo. Ele seria hipocondríaco no sentido em que todo órgão tem por protótipo a “deformação” do órgão genital, da erogeneidade (Fernandes, 1997). Segundo a lógica libidinal, a qualidade de erogeneidade é o que dá ao corpo o poder de se fazer ouvir. Assim, do substantivo hipocondria, que serve, em geral, para nomear um determinado estado patológico, passamos, com Freud, ao adjetivo hipocondríaco, para qualificar essa função que o sonho comportaria em relação ao corpo (Fernandes, 2002).

Desde os primórdios da literatura dedicada ao tema da hipocondria<sup>1</sup>, este termo foi utilizado para designar um estado patológico. Porém, após as elaborações freudianas sobre o narcisismo e sobre a dimensão hipocondríaca da atividade onírica, abre-se uma via para pensarmos a dimensão hipocondríaca própria aos processos constitutivos da vida psíquica. Não se trata aqui da formação de um sintoma, mas de um tipo de olhar e de escuta daquilo que se passa no corpo e que, na maior parte das vezes, dá-se num nível inconsciente. Essa dimensão hipocondríaca depende do investimento libidinal e é a partir dele que se faz possível a construção de um sentido, de uma interpretação para o que se passa no corpo.

Entretanto, adverte Volich (2002), essa amplificação hipocondríaca das sensações corporais, promovida pela dinâmica sono/sonho, tem seus inconvenientes, pois, do ponto de vista econômico, o movimento narcísico-hipocondríaco seria perturbador do equilíbrio psicossomático. A concentração de libido no corpo pode ser fonte de desprazer, perturbando o sono, prejudicando a realização do trabalho psíquico.

A retração narcísica necessária ao sono, que possibilita essa dimensão hipocondríaca do sonho, desencadeia o trabalho de figuração e simbolização. Por outro lado, tem o risco de perturbar o sono, uma vez que o investimento no corpo pode despertar ruídos de difícil contenção e representação por parte do psiquismo. Diante da impossibilidade de representação/apropriação das excitações do corpo, a capacidade de sonhar fica impedida e o sono é interrompido. Neste caso, estamos diante da eclosão de uma hipocondria de caráter patológico. Passamos, então, a investigar essa dimensão patológica da hipocondria.

## II.2 – Hipocondria patológica

Na hipocondria, em sua vertente patológica, a experiência corporal é ruidosa, ocupando o centro das preocupações do sujeito. O exagero no olhar e na escuta do corpo assim como as incessantes tentativas do sujeito hipocondríaco de se fazer entender a partir da interpretação de sensações físicas persistentes, tornam o corpo um objeto exclusivo de atenção e interesse.

---

<sup>1</sup> Sobre a história da hipocondria recomendamos: 1) o texto de Colette Guedeney e Catherine Weisbrot “A história da hipocondria”. In. Aisenstein, M.; Fine, A.; Pragier, A. (Org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002; 2) o primeiro capítulo do livro de Rubens Volich: “Hipocondria”.

Tentaremos mostrar como esses aspectos fazem parte de uma dinâmica de sobrevivência onde o corpo ruidoso do hipocondríaco pode se constituir como único meio de afirmação de existência própria e de apelo ao outro.

### **II.2.1 – Hipocondria: retorno ao autoerotismo**

A queixa do paciente hipocondríaco, que incide violentamente sobre o corpo e seus órgãos, dá mostras de que o silêncio do corpo foi rompido.

Muitas vezes a figura materna não exerce o papel de escuta e interpretação, ficando o bebê à mercê de sensações de desprazer e dor que têm lugar em seu corpo. Para Volich (2002, op. cit.), a insuficiência do investimento materno e a má qualidade do sistema paraexcitação que foi introjetado pelo bebê podem perturbar a representação e constituição do sentimento de corpo próprio. Entretanto, o excesso de investimento materno também pode ser igualmente perturbador. Se a função materna de apaziguar o corpo da criança e de lhe proporcionar satisfação falhar, a orientação da libido erótica tenderá a ser predominantemente narcísica, como tentativa de se proteger do vazio interno.

De acordo com Fain (1990/2010), se a criança for exposta precocemente à frustração, pela ausência de um objeto paraexcitante, uma formação prematura do eu tenderá a se constituir em resposta a essa situação traumática. Para Anna Potamianou (2010), a criança desenvolveria, então, estratégias antitraumáticas, que consistem no desenvolvimento precoce de atividades autoeróticas, apoiadas em formas muito elementares de negação da falta-ausência do objeto. Estas estratégias funcionam como “procedimentos autocalmantes”; as excitações autoeróticas funcionam como paraexcitação de tipo arcaico visando ao combate desse vivido traumático.

O retorno a essa modalidade de paraexcitação defensiva supõe uma regressão ao autoerotismo, de caráter particular, autoerotismo encravado o qual Fain (1990/2010) supõe estar em ação nas manifestações hipocondríacas de natureza patológica. Trata-se de um modo de funcionamento autoerótico que permite a tomada de distância diante da emergência de uma vivência de desamparo extremo. A regressão a esse autoerotismo encravado compensaria o sofrimento provocado pelas privações externas, autoerotismo consolador, pobre em representações.

Para Aisenstein (2002), esta carência representativa indica uma desapropriação do órgão doloroso, permanentemente exibido através da queixa desses pacientes, vivido como estranho, como objeto perseguidor.



A ligação libidinal que une o hipocondríaco a seu órgão doente dificilmente pode escapar à problemática autoerótica, como pontua Pragier (2002) que supõe, neste caso, a existência de uma regressão a um autoerotismo de caráter particular:

Contrariamente ao autoerotismo “ordinário” que permite ao sujeito procurar ativamente, para si, um gozo na ausência do objeto, as sensações corporais não apenas são dolorosas, o que pode ser atribuído ao eventual masoquismo, mas principalmente passivas, o que retira da função autoerótica qualquer efeito libertador em relação à dependência do objeto (Pragier, 2002, p. 98).

Concordamos com os autores que supõem um tipo particular de autoerotismo para a situação aqui em questão, como medida que visa ao afastamento da emergência de um sentimento de desamparo. Essa modalidade de autoerotismo comporta um aspecto passivo, passividade que se dá predominantemente sob o registro autoerótico.

Como havíamos indicado, na hipocondria o silêncio do corpo é rompido, sendo a experiência hipocondríaca uma reação à percepção da falha nas percepções tranquilizadoras. Uma vez que esses sujeitos não conseguem silenciar o corpo, supomos ter havido uma falha na operação narcísica, resultando na impossibilidade de o ego filtrar e representar a irrupção de um excesso pulsional na tópica psíquica.

As modificações dos órgãos no vivido hipocondríaco se referem às modificações da libido do eu, conforme ressaltou Freud em 1914. Segundo ele, a hipocondria manifesta-se em sensações corpóreas penosas e aflitivas, provocando uma retirada da libido investida nos objetos externos e um retorno sobre si deste investimento. Este retorno se dá aqui sobre o órgão “doente”, aquele que lhe prende a atenção.

Na hipocondria, as modificações a que o sujeito está submetido dizem respeito à erogeneidade dos órgãos. De acordo com as elaborações de Freud em 1905 (Freud, 1905/1996), o protótipo de um órgão alterado, dolorosamente delicado, mas sem sinais de lesão orgânica, é o órgão genital em estado de excitação. Certas partes do corpo atuam, portanto, como substitutos dos órgãos genitais, enviando estímulos sexualmente excitantes à mente. Para cada modificação na erogeneidade dos órgãos poderia se verificar uma modificação paralela da catexia libidinal do ego. Tais fatores constituiriam o que, segundo Freud, estaria subjacente à patologia da hipocondria.

O represamento/estase de libido narcísica é experimentado como desagradável quando o psiquismo falha em sua função de dominar as excitações. Mostra ainda Freud (1914/1996) que o aparelho mental é um dispositivo destinado a dominar as excitações sem o que elas são sentidas como aflitivas, com efeitos patogênicos. O represamento da energia pode resultar, por exemplo, em manifestações hipocondríacas.

Sobre o papel das sensações corporais, especialmente as genitais, Marianne Baudin (2005) assinala o seu caráter paradoxal: dolorosamente sensível sem, no entanto, estar doente. As modificações no estado do corpo são mensagens a serem tratadas psiquicamente, ou seja, traduzidas. Quando essa tradução tem lugar, sentimo-nos bem de saúde. Porém, quando o tratamento psíquico dessas mensagens está impedido, o sujeito experimenta um vivido de “inquietante estranheza” em seu corpo, sentindo-o como parte estrangeira ou mesmo persecutória de si. Esta seria a fonte da preocupação hipocondríaca, em sua incessante busca de tradução. O hipocondríaco se escuta, se observa, amplificando essa auto-observação, tentando dar sentido e coerência a essas sensações.

Ao sustentarmos que haveria na hipocondria um rompimento no silêncio do corpo, pontuamos a existência de um rompimento na unidade narcísica, nessa “coerência” ilusória do sentido de si a qual permitiria o sentimento de estar saudável. As sensações hipocondríacas atestam a presença de uma ferida narcísica e consiste, ao mesmo tempo, numa tentativa-limite de trabalho psíquico, de “interpretação-representação” para as sensações corporais. Para Pragier (2002), a sensação hipocondríaca revela uma falha da continuidade muda sobre a qual se efetua normalmente o trabalho psíquico.

A linguagem hipocondríaca é uma linguagem de órgão, em oposição à linguagem do corpo silencioso do histérico (Aisenstein, 2002). A conversão não perturba a “bela indiferença”, pois na histeria é possível fazer desaparecer o afeto, conservando, no entanto, as representações. Isso se dá de modo diferenciado na hipocondria, pois, neste caso, o sujeito é invadido por afetos, sendo a dor a evidência de tal situação. Ele não dispõe de representações, por isso a dificuldade para descrever suas sensações, dinâmica intrapsíquica na qual predominam elementos da ordem do irrepresentável, o que se apresentará, então, na esfera do corpo físico.

As queixas hipocondríacas dão mostras de um eu ameaçado em sua unidade, tentando recompor e sanar suas feridas. Tentando restituir o narcisismo ferido, o ego empreende um movimento defensivo, apelando a um modo de funcionamento autoerótico, através de investimentos pulsionais parciais localizados em determinadas zonas erógenas.

Mostramos anteriormente que o autoerotismo é o solo originário da sexualidade, fundando o corpo sexual por meio de um movimento de apoio/ desvio do corpo biológico. Por sua vez, o narcisismo é uma operação posterior, vindo unificar o corpo

fragmentado do autoerotismo. Entretanto, ressalta Birman (1990), o autoerotismo não vem a ser completamente substituído pelo narcisismo, continuando a existir como modalidade de existência do sexual, ao lado do narcisismo. Porém, nessa oposição entre os dois registros, o autoerotismo fica subsumido à lógica do narcisismo. Quando esta lógica totalizante falha, ou melhor, quando há quebra da representação totalizada do corpo, dá-se um reinvestimento maciço do corpo fragmentado, investimento eminentemente autoerótico. Em nosso entender, esse retorno ao autoerotismo deve ser considerado como tentativa de restauração da unidade narcísica.

O hiperinvestimento do corpo que tem lugar na hipocondria nos fala de hipervigilância do corpo doente, como expressam as incansáveis descrições e teorias sobre as modificações corporais das quais se queixa o paciente.

### **II.2.2 – O saber e a hipervigilância do corpo na hipocondria**

Charles, paciente de Gibeault (2002) sente angústia e dores hipocondríacas há seis meses. Queixa-se de perda de memória, distúrbios da visão, dores intoleráveis na barriga. Está convencido de ter um câncer. Fornece inúmeros detalhes sobre problemas físicos, sobre os diversos médicos consultados e os inúmeros exames aos quais se submeteu para conhecer a “verdade” de seu estado. Apesar disso, tem a impressão de que os médicos não querem lhe dizer o que sabem. Em sua procura desenfreada por médicos e especialistas e, além disso, por obter conhecimento clínico através dos livros, Charles se sentia mais médico do que todos, mas sentindo-se sempre incompreendido.

Na psicoterapia recorre à auto-observação hipocondríaca, queixando-se de dores corporais ligadas ao que ele chama “sua disenteria”. Atribui a origem de suas dores de barriga à sífilis do pai que o teria contaminado e, além disso, acredita ter contraído uma parasitose ao beber “água contaminada pelos árabes” quando esteve na Tunísia. Em dada ocasião, Charles chega quinze minutos atrasado e

Como de costume, ele se queixa de suas dores de barriga e observa que só pôde vir porque tomou um calmante: “Sempre a minha parasitose, minha amebíase, estas coisas têm um nome impossível de ser lembrado, isso faz minha barriga inchar; não gosto do Dr. X..., ele não é Deus (Gibeault, 2002, p. 123).

A evolução do processo terapêutico permitiu que o paciente evocasse, dentre outros aspectos, o sentimento de não ter sido uma criança desejada. Lembra-se de ter sido um bebê entregue às lágrimas, em um berço, consolado principalmente por um irmão mais velho, o que na opinião dele, atestaria a ausência e inadequação de sua mãe.

Além disso, consegue ligar sua angústia atual àquela que sentia quando criança, ao ter que se separar da mãe para ir à escola. Ou então, ao medo de se atrasar e sofrer um castigo corporal, nele provocando o “medo na barriga”.

As exaustivas tentativas do sujeito hipocondríaco de explicar e teorizar sobre as dores que sente remetem-nos ao tema do “bebê sábio” proposto por Ferenczi (1923/2011). Este observara que “O desejo de vir a ser um sábio e de suplantar os ‘grandes’ em sabedoria e em conhecimento seria apenas, portanto, uma inversão da situação em que a criança se encontra” (Ferenczi, 1923/2011, p. 223). Diante de um acontecimento traumático dar-se-ia um amadurecimento precoce e repentino tal como os “frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado” (Ferenczi, 1933/2011, p. 119).

Na base desse amadurecimento precoce haveria um estado de abandono o qual remonta à relação mãe-criança, que não teria sido permeada pela compreensão e tato do adulto. O estado de abandono e de incompreensão geraria, então, uma clivagem da personalidade onde: “Uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito” (Ferenczi, 1931/2011, p. 87). Diante dessa cisão, certas partes do corpo tornar-se-iam o representante da cena na qual o vivido trágico viria a ser representado.

Este processo foi denominado por Ferenczi de autoclivagem narcísica na qual se opera uma cisão da pessoa em uma parte sensível, brutalmente destruída, e outra que sabe tudo. Tudo se passa como se sob a pressão de um perigo iminente, um pedaço de si se cindisse sob a forma de uma instância autoperceptiva que quer acudir em sua ajuda. Dá-se aí uma espécie de cuidado materno como tentativa de controlar justamente a dor psíquica decorrente da ausência do objeto.

Quanto aos hipocondríacos, podemos entender a partir de Ferenczi, que tendem a se fixar num movimento de auto-observação, modo de funcionamento onde prevalece a vigilância da instância autoperceptiva. No hipocondríaco, a exacerbada atenção, auto-observação sobre o corpo e as teorizações sobre o que se passa com ele – mais especificamente sobre o órgão acometido por uma alteração que pressagiaria grave doença – nos faz pensar que esta parte estaria identificada com a mãe, ou seja, com o cuidador. A outra parte, o órgão doente propriamente dito, identificada com a criança mortalmente ferida devido ao abandono e à indiferença dessa mãe.

Com seu olhar aguçado sobre o “corpo doente”, o hipocondríaco parece tentar anular o estado crônico de abandono, de insatisfação com os cuidados maternos. A auto-observação constante funciona como uma espécie de compensação da ausência/indiferença da mãe: enquanto a mãe era indiferente, o hipocondríaco, em um movimento contrário, parece vigiar de modo permanente esse bebê-órgão. Acompanhamos Perrier (1959/2005) e Fédida (1972) quando sugerem que o hipocondríaco seria *a mãe de sua dor*. Para Fine (2002, p. 73) “se o hipocondríaco é a mãe de sua dor, é porque esta antiga relação da mãe com a criança, compreendida como um consolo mútuo, mediatizado pelo corpo, deslocou-se para a relação do sujeito com seu corpo”.

Ressalta Fédida (2009) que é apenas a clivagem da personalidade que dá ao hipocondríaco o poder de um saber sobre si. O “hipocondríaco médico”, este médico imaginário, sabe que o psiquismo é o instrumento mais certo de autoescopia do corpo. O hipocondríaco seria o médico imaginário por excelência, sempre disposto a se ocupar do outro doente em si – o órgão.

Acrescenta Fain (1990/2010) que a formação prematura do eu provém em resposta a uma situação de excitação para tentar reagir à ineficácia dos objetos parentais, que deveriam ter assegurado a função de paraexcitação para a excitação por eles despertada. Nesse contexto, a criança é constrangida a suprir a falta do paraexcitação promovido pela figura materna, estabelecendo de maneira precoce seu próprio sistema paraexcitante.

Entretanto, as sensações dolorosas e inquietantes cuja percepção e interpretação permanecem interrogativas e compulsivas não cessam, apesar do empenho do hipocondríaco em descrever suas dores. Na hipocondria, o irrepresentável está em busca de expressão no sintoma oferecido ao exame intelectual, sublinha Brusset (2002).

A relação entre dimensão investigativa e prematuridade do eu foi estabelecida por Freud (1913) a propósito da neurose obsessiva. Estas elaborações abrem discussão interessante acerca dos fundamentos da hipocondria. Em “A disposição à neurose obsessiva – uma contribuição ao problema da escolha da neurose” (1913), Freud evoca a pulsão de domínio e sua ramificação sublimada, a pulsão de saber. Considera que a pulsão do conhecimento pode tomar o lugar de organizações pré-genitais com a predominância de pulsões parciais erótico-anais e sádicas. Assim, “uma ultrapassagem cronológica do desenvolvimento libidinal pelo desenvolvimento do ego deve ser incluída na disposição à neurose obsessiva” (Freud, 1913, p. 348). Considera ainda que

“um certo grau desta precocidade de desenvolvimento do ego como típico da natureza humana” (Freud, 1913, p. 348).

A questão da precocidade do desenvolvimento do ego como forma de domínio das pulsões sexuais, pela pulsão de saber, permite-nos retomar alguns pontos desenvolvidos por Freud nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996). Sobre a pulsão de saber ou de investigar, afirma:

Sua atividade corresponde, de um lado, a uma forma sublimada de dominação e, de outro, trabalha com a energia escopofílica. Suas relações com a vida sexual, entretanto, são particularmente significativas, já que constatamos pela psicanálise que, na criança, a pulsão de saber é atraída, de maneira insuspeitadamente precoce e inesperadamente intensa, pelos problemas sexuais, e talvez seja até despertada por eles (Freud, 1905/1996, p. 183).

Ao abordar neste ponto o quadro da neurose obsessiva, não pretendemos aproximar as duas problemáticas, mas assinalar que a pulsão de saber é uma tentativa de se dar conta do sexual. As investigações e teorias que o hipocondríaco empreende acerca do seu corpo doente também parecem estar a serviço do ego para fazer frente ao sexual não ligado próprio ao regime do autoerotismo. Mostra Fédida (2002) que a hipocondria evidencia um pensamento hermético (fechado) de uma experiência autoerótica do corpo, por retirada e estase libidinal. O psiquismo é o instrumento hipocondríaco da percepção dos estados mutantes do corpo. O órgão doente da queixa hipocondríaca desempenha, assim, um papel de excitação erógena do universo psíquico. Isso faz com que as teorias sexuais infantis estejam em plena ação na hipocondria.

A hipocondria é, portanto, o paradigma de uma teoria infantil do somático. Neste caso, o pensamento é constituído em órgão psíquico da autoconservação. Entretanto, no caso da hipocondria, não se trata de um processo sublimatório, pois o pensamento não apresenta características habituais de processamento psíquico e de adiamento da descarga. Na hipocondria, o pensamento, erigido à categoria de órgão, comporta uma dimensão masturbatória, de descarga. É um saber estéril sobre o corpo, pois as tentativas empreendidas pelo ego para traduzir psiquicamente suas sensações acabam, na maior parte das vezes, frustradas, não gerando representação – o que poderia restabelecer o dito silêncio do corpo.

Esta dinâmica se instaura em prol da sobrevivência onde o funcionamento autoerótico encravado seria produto do desenvolvimento prematuro do eu. É preciso haver a hipervigilância para que esta modalidade de defesa elementar possa ser mantida,

e a sobrevivência do sujeito assegurada. O olhar e escuta constantes sobre os estados do corpo implica uma *captura*, pela fascinação que o órgão exerce sobre o psiquismo.

### II.2.3 – Corpo doente: condição de existência e de apelo ao outro

Um dos casos de hipocondria mais conhecidos da literatura é aquele do personagem Argan, “O Doente Imaginário” de Molière. Argan acredita estar enfermo e clama por socorro, mas não é ouvido.

Não adianta eu falar, sempre me deixam sozinho; não há jeito de detê-los aqui. (Ele toca um sino para chamar os criados). Eles não ouvem e meu sino não faz bastante barulho. Drim, drim, drim, não adianta. Drim, drim, drim, eles são surdos...Será possível que deixam assim um pobre doente sozinho. Drim, drim, drim, que miséria! Drim, drim, drim. Ah! meu Deus vão me deixar morrer aqui! Drim, drim, drim (Molière, 1673/2003, p. 49-50).

O personagem se vê só e entregue à morte, pelos familiares e pelos criados. É atormentado por um corpo que não funciona bem, no qual não pode confiar. Sente-se permanentemente ameaçado por esse corpo, portador de inúmeros males.

Após um tempo batendo o sino aparece Toinette – a criada – e Argan lhe ordena: “– Vamos, é preciso passar por isso. Tire-me isso, velhaca, tire-me isso. (Argan levanta-se da cadeira.) Meu purgativo de hoje funcionou direito?” Responde Toinette: “– O seu purgativo?” Argan: “– Sim. A minha bÍlis está boa?” Toinette: “– Ora, eu não me meto com isso; que o senhor Fleurant ponha o nariz, já que é dele o lucro (...) Esse senhor Fleurant e este senhor Purgon<sup>2</sup> muito se alegram com o seu corpo, eles têm com o senhor uma bela vaca leiteira e eu bem queria perguntar-lhes que mal o senhor tem para precisar de tantos remédios”. Ao que Argan responde: “– Cale a boca, ignorante; não é você que vai controlar as receitas da medicina” (Molière, 1673/2003, p. 51-2).

No decorrer da peça, outra discussão entre o “doente imaginário” e sua criada. Toinette: “– (...) Mas senhor, ponha a mão na consciência. O senhor está doente?” e Argan responde: “– Como, patife, se estou doente? Se sou doente, velhaca!” (Molière, 1673/2003, p. 59).

Notemos que o doente imaginário marca muito bem sua condição: ele não está doente, ele *é* doente, do verbo *ser*. Quando diz “sou doente” está marcando sua forma de existência. Entretanto, os males de que sofre em seu corpo são negados, não são reconhecidos por sua criada.

---

<sup>2</sup> Fleurant é o médico de Argan e Purgon o boticário que lhe fornece os remédios.

Conforme temos desenvolvido, na hipocondria o corpo e as sensações assumem a condição de existência desses sujeitos. É pelos seus males que eles se sentem existir. Negar suas doenças tem efeito devastador sobre a sua existência. É sobre este plano, que Eurema Gallo de Moraes e Mônica M. K. Macedo (2011) elaboram a noção de “vivência de indiferença”, a qual passaremos a explorar para avançarmos em nossa investigação.

A indiferença ultrapassa em muito seu significado de desinteresse, desprendimento, desdém, desprezo, apatia, insensibilidade e negligência (Dicionário Aurélio). Moraes & Macedo (2011) propõem que a indiferença é uma modalidade de falha no encontro com o semelhante, configurando-se como matriz do trauma. Trata-se de uma qualidade de violência imposta à criança pelo adulto em um tempo primordial de sua vida psíquica. A indiferença é a marca do não reconhecimento daquilo que é mais próprio da singularidade do sujeito: seu existir. Neste caso predomina o não reconhecimento da diferença pelo outro no encontro inicial e isso se reproduz na apropriação pela criança de seu sentido de existência.

O outro da vivência da indiferença não possui recursos de ligação afetiva em relação à criança, que fica desamparada diante dessa situação. “A indiferença o impede de apresentar a diferença à criança. O investimento afetivo, como mola propulsora de um trabalho de ligação e interpretação daquilo que ataca a criança por dentro, não é realizado nesse cenário da indiferença” (Moraes & Macedo, 2011, p. 43). Nesse sentido, podemos entrever que nessas situações permanece o ataque. A hipocondria nos leva a tematizar tal vivência uma vez que o corpo é atacado por um mal e o sujeito se vê à mercê desses agentes (por exemplo: germes, câncer, etc.), incapaz de empreender um trabalho de representação para os males que sente em seu corpo.

O efeito da experiência de indiferença é a captura, cristalização de uma situação de desamparo. O outro evidencia em si próprio um prejuízo de sua capacidade afetiva a qual lhe permitiria perceber, traduzir e atender a demanda psíquica oriunda da assimetria própria ao desamparo infantil. O que está em jogo no caso é a alternância, instabilidade e fragilidade no sentido do reconhecimento da diferença supondo uma implicação do outro ante o eu incipiente da criança. A indiferença do outro interferirá no acesso, por parte da criança, a um processo de diferenciação e autonomia.

A incapacidade do adulto em reconhecer as demandas da criança faz com que nesta se reproduza a incapacidade de administrar seu capital pulsional. Tal como uma máquina reprodutora de um protótipo, tende-se a permanecer condenado a reproduzir o



conhecido quando se é incapaz de lidar com o desconhecido. A impossibilidade de disponibilizar recursos psíquicos mais complexos faz com que a matriz das relações seja forjada com a marca do excesso. O desmentido de assimetria, negação ou não reconhecimento da diferença, resulta numa fratura na construção de possibilidades de acesso ao campo da alteridade. Nesse cenário, apela-se a recursos autoeróticos para se evitar o risco da intensidade de novas experiências de indiferença. Assim, o sujeito tenta dar conta, ainda que de modo elementar, da sua sobrevivência psíquica.

O traumático da vivência de indiferença é o alicerce que estaria na base de formas singulares de padecimento psíquico. Como efeito da vivência de indiferença, as referidas autoras situam o ato-dor, no qual a intensidade do experimentado permite vislumbrar o padecimento do si mesmo. Na expressão do ato-dor, o eu atualiza a desmedida do não nomeável, não metabolizado, reproduzindo sua captura na indiferença.

A vivência de indiferença incrementa a condição de desamparo infantil. A existência de um sujeito psíquico é vinculada à necessária presença do outro; entretanto, no cenário da vivência de indiferença há uma configuração singular de constituição do eu. “O sujeito do ato-dor tornou-se refém do agente da indiferença, ficando impedido de *ser* o titular de sua ação própria” (MORAES & MACEDO, 2011, p. 64). Está desapropriado de si mesmo e aprisionado na indiferença. O si mesmo ficou refém de uma repetição, que atualiza a vivência de indiferença, oriunda do espaço psíquico compartilhado na intensidade dessa vivência. Instala-se uma compulsão de uma busca por si mesmo.

Inspirando-nos nas contribuições das mencionadas autoras sobre o ato-dor, consideramos que o hipocondríaco também fica capturado na indiferença, a qual apenas incrementa seu estado de desamparo e de passividade, impedindo-o de ser o portador de seu corpo. Ele é atingido por diversos males sem que tenha controle sobre o que nele se infiltra. O hipocondríaco parece estar *em busca do corpo perdido*. O reconhecimento de suas doenças por parte do outro talvez fosse capaz de restituir-lhe a posse de seu corpo. A negação da existência de seus males corporais acaba por atingir seu sentimento de existência.

A violência do não reconhecimento do sujeito como diferente denuncia a precariedade da capacidade de investir. O investimento que decorre da usurpação do direito do outro de existir como tal é perturbador e invasivo. Retomando as ideias de Freud em 1914 sobre o narcisismo primário, as autoras esclarecem:

Mesmo que o investimento parental na criança seja decorrente de uma “revivescência” e de uma “reprodução” de seu próprio narcisismo, algo foi abandonado pelos pais para que a criança seja narcisicamente investida. Na impossibilidade de investir a criança como objeto de amor, denuncia-se o enclausuramento das figuras parentais no registro da indiferença (Moraes & Macedo, 2011, p. 67).

A indiferença endereçada à criança será a herança que o eu reproduzirá na intensidade de seus atos. Isto porque o núcleo do desamparo primitivo vem a ser atualizado em qualquer situação de vulnerabilidade psíquica durante a vida.

No cenário da indiferença, a incapacidade materna não advém apenas da incapacidade de decodificar, mas, principalmente da incapacidade de dirigir à criança um olhar amoroso que permita percebê-la, apaziguá-la e investi-la libidinalmente. Os movimentos e demandas da criança são expressão de diferença que, em sua existência, remete à mãe.

As sensações corporais se constituem como o meio mais primitivo e expressivo do qual a criança pode se utilizar para marcar sua diferença em relação ao outro-materno. Através do corpo, impõe a individualidade do seu existir como um outro. Entretanto, é preciso que o outro-materno reconheça essa assimetria – que inicialmente passa pelo corpo –, propiciando a constituição do sentimento do si próprio.

Ressalta Aulagnier (1999) que o sofrimento do corpo da criança vai, de uma forma ou de outra, induzir uma modificação no comportamento materno e na organização do ambiente. O sofrimento físico tem caráter de evidência, comporta um risco que não pode ser negado. O sofrimento do corpo induz algum tipo de resposta por parte da mãe.

A criança frente a um meio surdo às expressões do seu sofrimento psíquico, tentará e conseguirá frequentemente se servir de um sofrimento de fonte somática para obter uma resposta. Resposta, na maioria das vezes, decepcionante: é raro que uma mãe surda ao sofrimento psíquico saiba ouvir o que a criança pede via seu corpo (Aulagnier, 1999, p. 36).

Apesar da necessidade de uma “pele comum”, de “um corpo e um psiquismo para dois”, com seu apelo de ajuda e cuidado, o bebê já revela, pelos sinais que emanam de seu corpo, que é um ser diferente, com necessidades e desejos próprios. Nesse primeiro momento, a diferença, embora possa ser negada pelo outro, se apresenta através de demandas corporais.

Com sua queixa de um corpo doente, o sujeito hipocondríaco tenta marcar a sua diferença em relação ao outro, embora as marcas de uma “relação em Um” estejam impregnadas em seu psiquismo: tenta se desapropriar desse outro em si, tóxico, que

contamina seu corpo. Através das queixas corporais, tenta assegurar sua existência, mas também solicitar a presença do outro, que poderia atestar a sua própria existência singular. Esta dinâmica de sobrevivência, pela dependência que gera, acaba desencadeando, paradoxalmente, uma dimensão persecutória. O corpo, por projeção, torna-se, como veremos, um perseguidor.

## **Capítulo III: A dimensão persecutória da hipocondria**

O hipocondríaco sente-se perseguido por um corpo que não funciona bem, como se algo de mau tivesse dele se apossado, causando-lhe sofrimento. Em sua crença persecutória, tratar-se-ia de um germe, um tumor, um invasor externo que teria se infiltrado em seu corpo. Em seu vivido subjetivo, essa transformação se daria à revelia de seu controle. Trata-se, no entanto, de sujeitos especialmente atentos e cuidadosos com o estado de seu corpo físico, tentando, desse modo, preservá-lo da morte.

Para investigar a dimensão persecutória que julgamos estar no cerne da situação clínica da hipocondria, o presente capítulo visa investigar o que levaria o sujeito a estabelecer essa relação persecutória na qual o corpo apresenta caráter tão inquietante. Iniciaremos nossa reflexão com uma análise aprofundada do mecanismo da projeção que, na situação em questão, incide no espaço corporal.

### **III.1 – O mecanismo de projeção em Freud**

O mecanismo da projeção constitui importante operador de análise do fenômeno da hipocondria, levando-nos, em primeiro lugar, a explorar a patologia da paranoia na qual a projeção desempenha importante papel. Freud considera a hipocondria como um equivalente somático da paranoia, conforme indicamos no primeiro capítulo desta tese. Desde seus primeiros escritos ele destaca a existência de estreita relação entre hipocondria e paranoia. Na análise do caso Schreber chega, mesmo, a afirmar que uma teoria da paranoia só seria digna de confiança se pudesse inserir em seu conjunto os fenômenos hipocondríacos (Freud, 1911/1996). O mecanismo responsável por essa proximidade é justamente o de projeção.

No Rascunho H (1895c/1996), sustenta que a defesa na paranoia se baseia na transposição para fora de algo que ameaça o ego a partir do interior. Uma autocensura antes interna se transforma em recriminação vinda de fora, permitindo rejeitá-la. A projeção seria precisamente o ponto de articulação entre paranoia e hipocondria.

O hipocondríaco vai se debater, durante muito tempo, até encontrar a chave de suas sensações de estar gravemente enfermo. Não admitirá perante si mesmo que seus sintomas têm origem na sua vida sexual; mas causa-lhe a maior satisfação pensar que seu mal, como diz Moebius, não é endógeno, mas exógeno. Logo, ele está sendo envenenado (Freud, 1895c/1996, p. 257).

A relação entre hipocondria e paranoia, via mecanismo projetivo, será aprofundada por Freud na análise das memórias de Schreber. Segundo o relatório do diretor do asilo onde foi internado (por volta de 1899), ele apresentava preocupações hipocondríacas acreditando ter um amolecimento do cérebro com risco de morte prematura. Seu quadro clínico também incluía ideias persecutórias, com a presença de ilusões sensoriais e elevado grau de hiperestesia (grande sensibilidade à luz e ao barulho). Posteriormente, as ilusões visuais e auditivas tornaram-se mais associadas a distúrbios cenestésicos.

Schreber acredita estar morto e em decomposição, sofrendo de peste, fantasiando que seu corpo teria sido manipulado de forma revoltante. Afirma ter passado pelos piores horrores, em nome de um intuito sagrado. Percebe seu corpo se transformando, penetrado por raios que provocavam deformação, em especial, uma mudança de sexo geradora de uma nova espécie de seres. Sua missão seria redimir o mundo, tendo sido convocado por Deus para realizar essa tarefa e, para tal, deveria se transformar em mulher. Essa transformação era operada por milagres divinos, tendo experimentado, durante anos, esses milagres em seu corpo. Tem “a sensação de que um número enorme de “nervos femininos” já passou para o seu corpo e, a partir deles, uma nova raça de homens originar-se-á, através de um processo de fecundação direta por Deus” (Freud, 1911/1996, p. 28).

Na análise do caso, Freud relaciona projeção e narcisismo. A retirada da libido do mundo externo teria feito com que tudo se tornasse indiferente e irrelevante para Schreber. O delírio de fim do mundo, a grande catástrofe que ele acreditava iminente e até mesmo já ocorrida, é compreendida a partir da lógica da retirada da libido dos objetos. O fim do mundo seria a projeção dessa catástrofe interna, seu mundo subjetivo tendo chegado ao fim na medida da retirada do amor/investimento do mesmo. Essa catástrofe interna também teria sido projetada sobre seu corpo, base de seus sintomas hipocondríacos. Schreber sentia seu corpo como não mais lhe pertencendo, tendo sido manipulado por um outro.

O delírio configura-se como tentativa de reconstrução da relação estabelecida com o mundo e com os objetos: “Mas o indivíduo humano recapturou uma relação, e frequentemente uma relação muito intensa, com as pessoas e as coisas do mundo, ainda que esta seja agora hostil, onde anteriormente fora esperançosamente afetuosa” (Freud, 1911/1996, p. 78). O restabelecimento do elo libidinal com o objeto pode ser efetuado pelo método da projeção. Na hipocondria, como mostramos anteriormente, o corpo

serve de mediador, de apelo ao outro, como tentativa de se restabelecer o elo libidinal com o mundo externo.

Primeiramente, Freud (1911/1996) considera que na projeção uma percepção interna seria suprimida, assim como seu conteúdo. Após certa deformação, ingressaria na consciência sob a forma de percepção externa. Entretanto, ao longo de sua reflexão, vem a afirmar que essa visão não seria exata, pois constata que no mecanismo da projeção o que vem a ser abolido do mundo interno retorna desde fora.

Chervet (2008) pontua que o caso Schreber permitiu que Freud vislumbrasse as condições do recurso ao mecanismo da projeção. Esta se torna indispensável quando um processo psíquico é abolido e, nessas condições, está a serviço da tentativa do ego de reconstruir o que foi suprimido no interior. A projeção permite que seja dirigido à realidade externa o que está na base das excitações internas – aquelas diante das quais o ego estaria desprovido de meios psíquicos de ligação – a fim de delas tentar se subtrair.

Os estudos de Freud sobre a paranoia possibilitaram a ampliação da noção de projeção, ultrapassando a ideia de simples transposição para o exterior. A projeção passa a ser concebida como retorno de fora, na tentativa de reconstrução pelo ego daquilo que foi abolido, numa tentativa de “cura”. O ego superinveste a realidade paliativa, promovendo uma espécie de saturação perceptiva.

De acordo ainda com Chervet (2008), a projeção participa de uma perceptividade material, que se revela necessária em função da precariedade do processamento psíquico das excitações pulsionais. Sua especificidade reside, vale sublinhar, na utilização de traços perceptivos. A projeção promove esses traços sobre a tela da consciência para saturá-los, modalidade de suplência paliativa de uma falha que seria própria ao plano dos processos psíquicos, compondo, a partir de traços perceptíveis, uma construção que dará forma ao quadro clínico manifesto final. Ela permite a utilização da realidade perceptiva externa como veículo de um sobreinvestimento, o qual deveria ter participado de um trabalho psíquico produtor de conteúdos e afetos.

Em 1915, Freud retoma o estudo do mecanismo projetivo, mas para situá-lo, desta vez, no cerne do desenvolvimento egoico. Primeiramente, o ego é autoerótico e não necessita, portanto, do mundo externo. Entretanto, devido às experiências sofridas, relacionadas à sua preservação, acaba por adquirir objetos do mundo. Uma vez que estes se constituem como fontes de prazer, introjeta-os, tomando-os para si. Por outro

lado, o ego expelle tudo o que se torne causa de desprazer dentro de si, utilizando-se do mecanismo da projeção.

“Para o ego do prazer, o mundo externo está dividido numa parte que é agradável, que ele incorporou a si mesmo, e num remanescente que lhe é estranho. Isolou uma parte do seu próprio eu, que projeta no mundo externo e sente como hostil” (Freud, 1915b/1996, p. 141). Podemos aqui entrever a relação entre projeção, estranhamento e hostilidade, aspectos fundamentais das ideias que nos propusemos a elaborar neste capítulo dedicado à dimensão persecutória da hipocondria.

Em 1920, com a construção do segundo dualismo pulsional, impulsionado por seus questionamentos sobre o fenômeno de compulsão à repetição e retomando a problemática do trauma, Freud atenta novamente para o mecanismo da projeção. Nessa retomada do traumático, ao abordar o funcionamento da camada protetora antiestímulos, sustenta que os estímulos provenientes do exterior podem ser filtrados pelo escudo protetor e pelos órgãos dos sentidos. Contra os estímulos provenientes do interior não haveria, entretanto, proteção, devendo o psiquismo operar de outra forma, tratando estas excitações como se atuassem, não a partir de dentro, mas de fora, de maneira que seja possível colocar em operação o escudo contra estímulos, como meio de defesa contra elas. “É essa a origem da *projeção*, destinada a desempenhar um papel tão grande na causação dos processos patológicos” (Freud, 1920/1996, p. 40).

Diante da incapacidade egoica de lidar com as excitações pulsionais excessivas, estas tendem a ser projetadas no exterior de modo a tornar possível o acionamento do sistema defensivo. Mas, para além de seu aspecto defensivo e de causação de processos patológicos, em 1923 Freud virá uma vez mais a situar o mecanismo da projeção no centro do desenvolvimento do ego, assim como o fizera em 1915. Em “O ego e o id” (1923/1996) indica que a projeção participaria dos processos de formação do ego: “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39), ou seja, o ego pode ser encarado como uma “projeção mental da superfície do corpo” (p. 39, nota 2). Esta relação entre projeção e corpo nos parece de fundamental relevância para a compreensão do fenômeno da hipocondria.

No caso das manifestações patológicas, dá-se um exagero da projeção, em sua utilização para fins de defesa do psiquismo. No que toca à hipocondria, quais seriam as condições para que o corpo venha a se tornar a tela sobre a qual se dá a projeção? Para avançarmos na compreensão dessa modalidade de projeção cuja incidência se dá no

corpo, acompanharemos, a seguir, as contribuições de Vitor Tausk acerca do aparelho de influenciar.

### **III.2 – A projeção sobre o corpo na hipocondria**

De que modo o corpo se presta ao papel de tela de projeção nas manifestações hipocondríacas gerando a dimensão persecutória?

De acordo com as contribuições de Vitor Tausk (1919/1990) sobre o “aparelho de influenciar”, a projeção não se efetuará apenas para o exterior, fora dos limites do sujeito. O corpo também poderia assumir o lugar de objeto externo.

Explica o autor que o “aparelho de influenciar” construído na fantasia do paciente esquizofrênico – quadro que lhe serve de referência principal – seria uma máquina composta de caixas, manivelas, alavancas, rodas, botões, etc., cujas ações incidiriam sobre seu corpo, fonte de vividos de perseguição. À medida que o aparelho é manipulado, o doente sente em seu próprio corpo essa manipulação, ou seja, os efeitos provocados no nível do aparelho apareceriam do mesmo modo no corpo do doente. Entretanto, esse tipo de manifestação também estaria presente em sujeitos nos quais não haveria verdadeira construção delirante de um aparelho/máquina deste tipo. E este parece ser o caso dos hipocondríacos.

Tais sujeitos percebem as modificações vivenciadas no próprio corpo ora como estranhas, ora como hostis. Tendem a atribuí-las a uma influência psíquica estranha, uma sugestão, uma força telepática vinda de inimigos, etc. Em vários casos, essa sensação de transformação que aparece sob o signo da estranheza, dá origem a sentimentos de perseguição. Em outros casos, a ideia de perseguição e de influência desemboca na construção do “aparelho de influenciar”, sendo este o clímax da evolução da doença que, em seu início, pode apresentar simples sentimentos de transformação.

Para explicar a gênese do aparelho de influenciar, Tausk chama a atenção para um sintoma de esquizofrenia que ele designa de “perda dos limites do ego”. Isso teria lugar em pacientes cuja queixa é a de que todos conheceriam seus pensamentos, que estariam espalhados sem limites pelo mundo. “O doente perdeu consciência de ser uma entidade psíquica, um ego possuindo seus próprios limites” (Tausk, 1919/1990, p. 54).

O autor remete esse sintoma a um estágio no qual a criança imagina que os outros conhecem seus pensamentos. Tal aspecto estaria calcado, de fato, em uma situação infantil ainda mais inicial, onde a criança não pode fazer nada por si só,



recebendo tudo dos outros. Assim, o autor busca compreender o processo de formação das fronteiras do ego, considerando que o seu início se dá com o início da descoberta do objeto.

Apoiado em Freud, Tausk concebe que num primeiro momento da constituição psíquica há uma fase narcísica na qual a libido se dirige para a própria pessoa, não se encaminhando para os objetos do mundo exterior. Todas as estimulações sensoriais são sentidas como endógenas e imanentes, pois, nesse estágio, ainda não é possível a percepção de uma distância temporal e espacial entre o objeto estimulante e a sensação recebida. O passo seguinte do desenvolvimento é constituído pela projeção da excitação para o exterior e sua atribuição a um objeto distante. Neste caso a libido é investida no mundo exterior e nos objetos. Assim se constituiria a consciência da realidade, que permitiria o reconhecimento dos processos internos e suas relações com as estimulações externas. Os processos internos não seriam mais confundidos com os objetos estimulantes. Porém, esse estágio do processo pode sofrer inibição, gerando pontos de fixação, sendo este precisamente o caso da paranoia onde a projeção é tomada como medida de defesa do ego: um processo interno é considerado como externo.

A partir da análise de um caso clínico, Tausk compreende que a projeção do corpo da paciente, sob a forma do “aparelho de influenciar” – espécie de “paranoia somática” – estaria a serviço, por analogia: “da defesa dessa libido pertencente ao *corpo próprio*, libido esta que se tornou forte demais, ou demasiado inoportuna, para que possa ser reconhecida pelo sujeito como sendo sua” (Tausk, 1919/1990, p. 59). A projeção pertence às funções primitivas na descoberta do objeto, o que ocorre inicialmente no nível do próprio corpo, antes considerado como mundo exterior.

A projeção do próprio corpo deve então ser relacionada com um estágio evolutivo em que o próprio corpo era matéria da descoberta de objeto. Isto deve se situar numa época em que o bebê descobre seu próprio corpo, por partes, enquanto mundo exterior, procurando alcançar as mãos e os pés, como se fossem objetos estranhos a si. Neste período, tudo que “acontece” vem do seu próprio corpo. A psique é o objeto das estimulações que o corpo exerce sobre ela, como se viessem de objetos estranhos (Tausk, 1919/1990, p. 61).

Esse corpo fragmentado/disperso vai se constituir como um todo, coordenado sob o controle de uma unidade psíquica, o ego. Isso se produz por uma identificação com o próprio corpo, que deixa de ser estranho. O ego, assim descoberto, é investido pela libido.

A descoberta do objeto ao nível dos órgãos se dá à medida que estes são considerados como pedaços do mundo exterior, devido ao mecanismo de projeção.

Neste caso, a projeção tem a finalidade de encontrar o objeto no próprio corpo. A partir disso, a libido vai investir, pelo desvio da projeção, primeiramente o corpo, para depois voltar-se para o ego, como descoberta de si próprio. A projeção do corpo próprio seria uma repetição patológica de um estágio primitivo no qual o indivíduo tenta descobrir seu próprio corpo com o auxílio da projeção. Na evolução primitiva normal, a projeção é acionada em razão do afluxo de excitações. Já a projeção patológica adviria de uma acumulação de libido narcísica, a qual excluiria o investimento egoico no mundo externo.

Os sintomas patológicos corresponderiam ao estágio onde os órgãos não seriam reconhecidos como próprios e, desta forma, ficariam entregues à influência/poder de uma vontade alheia, impondo movimentos do exterior ao corpo do sujeito, por intermédio do aparelho de influenciar. Este sintoma seria, então, a repetição da situação primitiva em que o próprio corpo foi vivido como estranho, como exterior, regido por forças externas. Nestes casos, a renúncia ao mundo externo, devida à posição libidinal narcísica adotada, passa a ser expressa através de uma “linguagem dos órgãos”. A libido se encontra aqui fixada num estágio onde os limites do ego com relação ao mundo exterior ainda não tinham sido estabelecidos.

A libido percorre o corpo todo, responsável que é por sua coesão numa unidade, espécie de tônus libidinal, e que dependeria das flutuações do narcisismo e da libido objetal. Quando se dá uma estase de libido no nível de um determinado órgão, há tomada de consciência das relações e das funções orgânicas. A estase libidinal chama a atenção para o órgão e torna consciente a sua alteração e a de suas funções. Portanto, estaria na base dos sentimentos de alteração. Aqui estamos diante do mecanismo próprio à hipocondria.

Após a estase libidinal ocorre a alienação, onde o ego se desvia do órgão e de sua função, patologicamente superinvestidos pela libido. A alienação seria, então, uma medida de defesa do ego contra a angústia hipocondríaca. Assim, o sentimento de estranheza seria uma proteção contra o investimento libidinal do objeto, seja ele o mundo exterior, a própria pessoa ou parte dela. Entretanto, a alienação torna-se uma espécie de desmentido, pois não é capaz de anular o investimento libidinal patológico.

Tausk propõe um esquema em que distingue três fases na evolução do aparelho de influenciar. Na primeira delas tem-se o sentimento de alteração provocada pela estase libidinal no nível de um órgão – hipocondria. A segunda fase seria constituída pelo sentimento de alienação, provocado pela recusa que o ego opõe ao órgão doente. O

ego nega o órgão alterado, este passando a não mais fazer parte das relações mantidas com os órgãos sadios, aspecto que parece dar conta do vivido de estranheza quanto ao que se passa no corpo. Na terceira e última fase se daria o sentimento de perseguição (paranoia somática), decorrente da projeção das modificações patológicas no mundo externo. As alterações seriam atribuídas pelos pacientes a uma força hostil externa ou ao aparelho de influenciar.

De acordo com Anzieu (1989) Tausk mostra que a “síndrome do aparelho de influenciar” só pode ser compreendida a partir da distinção de duas faces do ego: o psíquico e o corporal. No esquema proposto, o ego psíquico continua a ser reconhecido como seu pelo sujeito, enquanto o ego corporal assume o caráter de estranheza. As sensações que dele emanam seriam atribuídas à engrenagem de um aparelho influenciador, comandado pelas maquinações de um sedutor-perseguidor. Assim, o corpo tornou-se estranho e persecutório em relação ao ego psíquico.

### **III.3 – O caráter persecutório no universo intrapsíquico**

Levando em conta as concepções de que a hipocondria seria o equivalente da paranoia, nos termos de Freud, ou então, uma paranoia somática, nos termos de Tausk, voltamo-nos agora para o que se passa no nível intrapsíquico desses sujeitos. Para dar seguimento à nossa reflexão sobre a dimensão persecutória da hipocondria examinaremos as elaborações de Freud sobre os aspectos intrapsíquicos em jogo nos delírios de perseguição na paranoia e na autoacusação na melancolia, processos que também remetem a um vivido de perseguição, no caso, internalizado, como veremos.

Em 1914, Freud concebe “um agente psíquico especial” que observa constantemente o ego. O reconhecimento desse agente permitiu que ele avançasse na compreensão dos delírios dos paranoicos de serem notados ou vigiados. Esses pacientes se queixam de que todos os seus pensamentos são conhecidos, suas ações vigiadas e supervisionadas. Percebem a ação desse agente através de vozes que falam deles em terceira pessoa. Um poder dessa espécie que vigia, descobre e critica nossas intenções existiria, no entanto, em todos os sujeitos.

As queixas dos paranoicos revelam a autocrítica da consciência, que coincide com a auto-observação na qual se baseia. A atividade da mente que se coloca a serviço da investigação/pesquisa interna poderia ter certa relação com a tendência dos paranoicos em formar sistemas especulativos. Aqui também parecem ter lugar as teorias

especulativas dos hipocondríacos sobre o que se passa em seu corpo, conforme mostramos no capítulo anterior.

Além da paranoia, a melancolia também dá mostras da ferocidade desse “agente psíquico especial”. Em sua investigação da melancolia, Freud (1917 [1915]/1996) toma como paradigma o processo de luto – perda do objeto. Na melancolia há perda, mas nela não é possível vermos claramente o que foi perdido; há algo inconsciente em jogo. Trata-se de uma perda de natureza ideal, tendo o objeto sido perdido como objeto de amor.

O ego do melancólico torna-se pobre e vazio, desprovido de valor, havendo diminuição/perturbação da autoestima, o que pode ser observado nas autorrecriminações e do autoenvilecimento nesses sujeitos, culminando numa expectativa de punição. No melancólico, uma parte do seu ego se coloca contra a outra, toma-a como seu objeto julgando-a de modo crítico e persecutório. Trata-se, nestes casos, de um agente crítico que se separa do ego, que Freud neste momento denomina de “consciência moral”.

As recriminações desse agente crítico são dirigidas ao objeto amado perdido, mas acabam deslocadas para o ego do próprio paciente. Isso se dá em função de uma escolha objetal de base narcisista. Assim, quando o objeto é perdido, a libido antes investida no objeto é deslocada para o eu, servindo para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Daí a célebre frase de Freud: “A sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (Freud, 1917 [1915]/1996, p. 254-5).

A perda objetal se transforma numa perda do ego e o conflito passa a se dar entre a atividade crítica do ego e o ego como alterado pela identificação. O agente crítico, com toda a força do ódio, tenta destruir o objeto que se encontra no ego, que se degrada e se enfurece contra si mesmo.

Conforme destaca Cardoso (2002), Freud descreve um processo de divisão no ego, na qual uma parte torna-se o carrasco da outra. Na melancolia, a instância crítica possui caráter onipotente, exercendo uma dominação culpabilizante sobre a outra parte do ego. A base da formação dessa instância crítica se dá a partir da identificação com o objeto perdido e, como sublinha a autora, neste tipo de formação os aspectos demoníacos próprios ao objeto parecem ter exclusividade. A identificação na melancolia é inseparável de uma clivagem do objeto, devido à ambivalência. Neste sentido, a perda de amor implica dupla ameaça para o sujeito, pois ele fica privado do objeto, mas também exposto aos seus aspectos de ataque, persecutórios.

O tema da identificação e suas implicações na gênese desse agente especial – instância crítica – reaparecem no artigo “O estranho”, escrito por Freud em 1919. Partindo do fenômeno do duplo, Freud supõe a ideia de uma divisão entre a instância crítica e o ego. O duplo não desaparece com a superação do narcisismo primário, mas recebe novo significado nos estágios posteriores do desenvolvimento do ego. Forma-se uma atividade especial, capaz de resistir ao resto do ego, cuja função é a de observar e criticar o ego e de exercer censura. Nos delírios de observação essa atividade mental fica isolada, dissociada do ego. Ela trata o restante do ego como objeto, o qual é observado, criticado.

Para Cardoso (2002) os aspectos persecutórios do duplo dizem respeito à impossibilidade de apropriação por parte do ego de uma alteridade interna de caráter radical. Esses elementos acabam por intrometer-se no ego, perseguindo-o. De acordo com a autora podemos ver nesses desenvolvimentos um anúncio do que está por vir, a conceituação da pulsão de morte. “A noção de superego se entrecruza com a de pulsão de morte, e o retorno a uma dimensão de ataque pulsional, na teoria, vai incidir diretamente sobre o estudo do superego” (Cardoso, 2002, p. 26). A autora ainda acrescenta que o encontro com o estranho é primordial nas condições de emergência da conceituação do superego, cuja gênese coloca em jogo simultaneamente a dimensão de alteridade e de autoataque pulsional. Trata-se de um aspecto de especial relevância para precisarmos o que estaria na base, num plano intrapsíquico, da dimensão persecutória da hipocondria.

Em 1921, em “Psicologia de grupo e a análise do ego”, Freud reitera o fato de que na melancolia há um ego dividido em duas partes, uma das quais vocifera contra a outra. A segunda parte é aquela que foi alterada pela introjeção e contém o objeto perdido. A parte cruel abrange a instância crítica dentro do ego, denominada por Freud “ideal do ego” nesse período. O sentimento de culpa deveria ser concebido como expressão da tensão entre ego e ideal do ego.

Dois anos mais tarde é publicado o texto que sistematiza a segunda tópica em psicanálise: “O ego e o id” (1923/1996). Freud aí ampliará suas considerações sobre a ideia de uma gradação no ego, posto que introduz a instância do “superego”, utilizada nesse texto, vale pontuar, como sinônimo de “ideal do ego”. Trata-se de uma instância formada a partir das identificações com os pais, e considerada como herdeira do complexo de Édipo.

Para Freud, tanto o ego quanto o ideal do ego/superego seriam formados a partir de identificações com os pais, entretanto, ele se preocupa em dar conta dessa multiplicidade de identificações. Busca, então, definir o modo de identificação próprio à formação do superego e lança a hipótese da identificação com o pai em sua pré-história pessoal, daí o caráter primitivo e persecutório conferido a essa instância. Entretanto, como assimilar a formação do superego/ideal do ego como resultado de uma identificação com o pai em sua pré-história pessoal, e sua afirmação de que ele seria o herdeiro do complexo de Édipo?

Como sublinha Cardoso (2002), as teorizações de Freud contêm um paradoxo no que concerne ao problema da origem da instância do superego: um superego pulsional pré-edípico e um superego edípico, ligado à castração. Essas duas versões na opinião da autora são inconciliáveis e revelam que se trata de uma problemática complexa e que demanda investigação.

Se retomarmos o percurso freudiano, vemos que a ideia de severidade excessiva do superego retorna no texto “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]/1996). Neste trabalho, esse aspecto adviria tanto da violência das pulsões como da força dos interditos. Para Cardoso (2002) o ponto de confluência entre essas duas fontes, que gira em torno do eixo exógeno-endógeno, se referiria a uma suposta agressividade pulsional. A pulsão de morte é concebida como força interiorizada, ou seja, interiorização dos aspectos punitivos, atacantes, vindos de um pai originário, concebido como terrível.

No que toca à hipocondria, supomos que a ferocidade desse agente especial se faz perceber na agressão dirigida pelo ego ao espaço do corpo. Através do mecanismo de projeção, esse agente tomaria a forma de um germe, uma doença, um tumor, etc., atacando o sujeito a partir do exterior, tornando órgãos e funções irreconhecíveis pelo ego. Neste sentido, a ação do superego estaria relacionada a algo mais arcaico do que a ação de uma consciência moral culpabilizante, instância crítica. Para avançar nessa hipótese vamos abordar de modo mais direto a proposta de Cardoso sobre a questão da origem do superego.

### **III.4 – O caráter persecutório do superego à luz da teoria da sedução generalizada**

A tese defendida por Cardoso (2002) é de que a gênese do superego estaria ancorada num período pré-edípico. A partir disso a autora separa superego e ideal do ego, considerando esta última instância como efetivo herdeiro do Complexo de Édipo. Para desenvolver uma metapsicologia do superego, a autora se baseia na “Teoria da sedução generalizada” desenvolvida por Laplanche, a qual atribui ao outro e ao sexual um lugar de prioridade na gênese e no funcionamento psíquico. Cardoso (2002) considera que analisar o superego a partir desse universo teórico permitirá afirmar sua condição de estrangeiro na tópica psíquica, não integrado à instância egoica, a qual seria constituída por identificação. Para abordar a origem do superego, mostra que é preciso levar-se em conta o primeiro encontro da criança com o adulto “sedutor”.

Num primeiro momento, as mensagens sexuais inconscientes são dirigidas à criança. A inscrição dessas mensagens inicialmente é uma simples implantação de “índices de percepção”, não sendo possível se exercer o trabalho egoico de tradução dessas mensagens. Isso apenas poderá ocorrer *a posteriori*, momento em que podemos falar da constituição de um nível inconsciente, o que significa dizer que o inconsciente resulta de um trabalho de tradução. A autora procura indicar como se opera o processo de “tradução” das mensagens. Explica que os significantes sexuais implantados exigem de imediato um ato psíquico, espécie de pré-ligação. A introdução das mensagens sexuais provoca na criança um movimento de defesa, o qual não provém de um ego constituído, unificado em uma totalidade narcísica, mas se baseia, inicialmente, em mecanismos muito elementares, anteriores à instalação do recalçamento primário e, portanto, da divisão entre os sistemas pré-consciente e inconsciente.

Para Laplanche (*apud* Cardoso, 2002), esses mecanismos estariam na própria base da constituição da pulsão. É o movimento de retorno sobre si que vem instaurar a sexualidade, momento do refletido, da constituição do autoerotismo. Nesse movimento, há um primeiro tempo em que as mensagens enigmáticas são introduzidas/implantadas e um segundo tempo no qual a pulsão se tornará um corpo estranho interno. Uma vez que o recalçado é concebido no pensamento de Laplanche a partir de um modelo tradutivo, é pressuposta a ideia de resto de tradução. Mas haveria na verdade dois processos complementares: uma dimensão de ataque provindo do interior, das mensagens sexuais implantadas – espécie de camada arcaica do pulsional – e, igualmente, a ação de uma

defesa primitiva, uma pré-ligação dessas mensagens. É a partir desses elementos que Cardoso (2002) pretende compreender a dialética na relação entre um superego arcaico e uma primeira configuração do ego. Em nosso entender, no que concerne a essa primeira configuração, tratar-se-ia da constituição do ego-corporal, dimensão autoerótica.

Para a referida autora, a formação do superego se daria na passagem do primeiro para o segundo tempo do recalçamento primário, onde o ego ainda não está constituído como instância. Essa passagem supõe que a memorização do vivido infantil se dê *a posteriori*, entretanto há um primeiro tempo infantil, aquele do depósito de traços. O trabalho de deformação e de arranjo na memória é feito sobre um primeiro depósito de traços daquilo que advém das mensagens do outro.

Para pensar a formação do superego, ela se interessa pelo destino de determinadas inscrições das mensagens enigmáticas. Num primeiro tempo, o ego estaria em estado de passividade absoluta ante as mensagens. Se ele permanecer nessa posição poderá vir a se fixar nessa posição de passividade, de certo modo “perseguido pelo outro”.

Assim, a dimensão de ataque do outro, aspecto não metabolizável, seria a marca originária do superego. A ideia de “enclave psicótico” destaca o caráter estrangeiro do superego na tópica psíquica. A noção de enclave remete à ação do poder do outro exercido no mundo interno; é a colocação no interior de elementos não metabolizáveis e de caráter imperativo. A formação desses enclaves não seria de natureza identificatória, mas de uma “cultura pura de alteridade”, funcionando no psiquismo como “exterioridade”. Diante dessa “cultura pura de alteridade” o ego permanece incapaz de integrá-lo e de recalá-lo em seu território.

O superego vai se constituir como corpo estranho não metabolizável que não se confundiria com o recalçado. A formação dos enclaves dependeria de dois aspectos: a intromissão do outro e uma pré-ligação. O adulto sedutor intromete sua sexualidade inconsciente e, ao mesmo tempo, traz os recursos da ligação. Há ataque e defesa.

No primeiro tempo da constituição do psiquismo é preciso imaginarmos um corpo que, estando desviado de suas funções de autoconservação, se constitui como um eu-corpo, ainda sem fronteiras, aberto ao outro, à “realidade das mensagens” e, por isso, potencialmente perseguido por essa força extrínseca (Cardoso, 2002, p. 86).

Os enclaves presentes no psiquismo constituem elementos “intraduzíveis” das mensagens enigmáticas, sem a possibilidade de serem tratados pelo ego que, desta



forma, vai repeti-los de maneira compulsiva e fragmentada. Em trabalho mais recente, Cardoso (2011) mostra que os enclaves seriam mensagens antienigmáticas, mensagens “ultraclaras”. Para esclarecer esse aspecto, aborda as elaborações de Claude Barrois que pensa a relação entre o traumático e a categoria de mensagens, considerando que na situação traumática a mensagem, ao contrário de enigmática seria de uma verdade e clareza absolutas. O enigmático adviria para encobrir a evidência. No trauma as lembranças não seriam encobridoras, mas literais, ultraclaras. Tratar-se-ia de um corpo estranho rebelde/radical, que se contrapõe ao corpo estranho referente ao recalçado.

Neste sentido, o que vai constituir os enclaves é o mais exógeno, o mais estrangeiro na mensagem. São mensagens irreduzíveis, imóveis, “bloqueadas” devido à impossibilidade de serem recalçadas ou substituídas por outra coisa. Os enclaves se constituem como primeiro depósito de “traços” do outro, de impressões traumáticas, índices que tenderão a ressurgir no psiquismo de maneira quase imutável. Para Cardoso (2002), as mensagens intraduzíveis vão se constituir como marcas no aparelho psíquico, aquém da representação; são situadas no psiquismo como material encravado, corpo estranho radical.

Os enclaves psicóticos nos remetem à dimensão de estraneidade, às mensagens intrometidas. Esse intraduzível/estrangeiro vai engendrar uma dinâmica particular de ataque e defesa. Ao ser atacado por essa força extrínseca, à maneira de um imperativo do outro, o ego não consegue ligar nem descarregar completamente essa força pulsional. Neste caso a repetição compulsiva seria uma maneira de lidar com o intraduzível, o ego então é compelido a repetir aquilo que lhe é estrangeiro.

O ego se constitui como território ocupado por uma força estrangeira violenta, submetido ao imperativo desse estrangeiro radical. Ao ser destituído de seu poder o ego acaba por ser compelido a agir segundo os ditames do invasor. Dá-se uma espécie de ocupação, posse do ego por parte desse estrangeiro. O sistema egoico é abalado e acaba por retornar esse ataque sobre si, tentativa de fazer-se senhor da situação, apesar de se manter, paradoxalmente, passivo diante dos imperativos dessa força estrangeira. O ego atua num imperativo que lhe é estrangeiro. São mensagens que deveriam ter permanecido ocultas, mas que vieram à luz e se apresentam de maneira violenta.

E é no corpo, pela projeção, que a descoberta desse outro, estrangeiro radical, se dá num primeiro momento. A estraneidade que marca a relação do hipocondríaco com seu corpo nos faz justamente pensar na intromissão de mensagens sexuais e sua não

apropriação por parte do eu, gerando um núcleo perseguidor interno e, pela via da projeção, de ataque à dimensão corporal.

Quanto ao mecanismo que estaria na base dessa não apropriação, da formação dos enclaves que geram um núcleo perseguidor interno, vale sublinhar a contribuição de Roussillon (1999) que nos fala de uma “clivagem ao ego”. Segundo ele, esta defesa opera por corte ou retirada da subjetividade. O ego se cliva da experiência, pois, por um lado, a experiência foi vivida, deixando marcas no psiquismo e por outro, ela não foi vivida e apropriada não tendo sido representada. Portanto, não faz parte da história do sujeito. Diferentemente da proposta freudiana, a qual concebe a divisão do ego em duas cadeias representativas incompatíveis entre si, as elaborações de Roussillon propõem que a clivagem divide a subjetividade em uma parte representada e uma parte não representada. Trata-se mais de uma *clivagem ao ego* do que uma clivagem do ego.

Entretanto, cabe ressaltar que ao clivar as marcas da experiência traumática, estas não desaparecem, mas são submetidas à compulsão à repetição. São regularmente reativadas, acarretando ao eu a ameaça do retorno do trauma. O clivado que retorna, devido à sua natureza não representativa, se manifesta no corpo. Muitas vezes, o mecanismo da clivagem não é suficiente para preservar o psiquismo do retorno dos elementos traumáticos, sendo demandado ao psiquismo o acionamento de outras defesas complementares. Mostra Roussillon (1999) que, diante do retorno do estado traumático clivado, uma afecção somática pode ligar pela via do corpo o que o psiquismo não é capaz de ligar com seus próprios recursos.

Na hipocondria, apesar de não se tratar de uma afecção somática propriamente dita, temos defendido que o corpo é capaz de conter o pulsional mortífero, mas o preço pago é a clivagem. Tal como na autotomia, certas partes do corpo ou suas funções são separadas do eu para preservar o restante do risco da morte. Nesse corte operado, o corpo assume um lugar de exterioridade em relação ao eu, torna-se não idêntico ao eu, por isso não reconhecido como território próprio, mas habitado por um outro – a doença, o vírus, o germe, etc. Apesar disso, o eu não deixa de investir o corpo, seu habitat necessário e condição de existência.

### **III.5 – O caráter persecutório na relação eu-corpo**

Em “A ‘filiação’ persecutória”, Piera Aulagnier (1990) emprega o termo “filiação” para designar as possíveis consequências, transformações e vicissitudes da

relação eu-corpo e da relação do eu com os objetos aos quais poderá atribuir uma função e um poder persecutório em relação a si, inclusive ao próprio corpo.

Desde o início da vida psíquica, a relação mantida com o corpo, com a representação psíquica que se forja dele, é conflitual, marcada por uma ambivalência nunca totalmente superada. Normalmente este conflito vem a ser silenciado pelos compromissos que o eu consegue realizar, sem, no entanto, impedir que reapareça na cena psíquica. Aulagnier designa “fenômeno de descorporização” a experiência na qual o eu se sente subitamente estranho e prisioneiro nesse habitat que, em outros momentos, investe como seu lugar, seu espaço, não separável ou dissociável de si mesmo.

Uma relação conflituosa entre eu e corpo pode não apenas se atualizar, mas persistir latente em todo sujeito. Isto se dá em função da indissociabilidade eu-corpo, garantida pelas representações através das quais o eu apresenta a si mesmo, se pensa, se investe, processo que não é natural, não se constituindo de imediato. Mostramos no capítulo anterior como se dá esse processo.

Num primeiro momento, o eu encontra seu próprio espaço corporal como representante metonímico da realidade, obrigando-o a reconhecer a existência de um fora-do-eu. Este espaço, que escapa, inclusive, aos ditames de seu desejo, lhe impõe exigências, interditos, revelando-lhe os limites de seu poder, o desmedido de seus anseios. A resposta que o eu poderá dar ou não às exigências irredutíveis às quais a realidade do corpo o confronta, dá mostras daquilo que ele poderá ou não fazer com as exigências da realidade exterior. Daí a segunda filiação entre o eu e os objetos aos quais poderá, quando necessário, atribuir poder persecutório em relação a si. A filiação vai do corpo próprio a esses “corpos estranhos” que se supõem presentes na cena da realidade. O apelo a um perseguidor situado na realidade exterior, ou seja, fora-do-eu e fora-do-corpo, seria uma última manobra do eu para tentar se preservar diante do risco de um conflito mortífero com seu espaço corporal.

A autora apresenta duas noções que nos parecem importantes: potencialidade persecutória e relação persecutória. Por “potencialidade persecutória” designa uma propriedade presente em estado latente em todo objeto cujo investimento é uma necessidade vital, condição de vida para o eu. Qualquer objeto que se torna condição de vida para o eu pode assumir o lugar e a função de perseguidor. Na “relação persecutória” o eu atribui a um representante do espaço fora-do-eu, representante da realidade, um poder e um querer de morte em relação a si. Isso se dá mesmo que a presença desse representante, assim como do laço que os une, seja fundamental para a

sobrevivência do eu. Essa modalidade de relação possui caráter paradoxal, posto que para preservar a vida, o eu é obrigado a investir o agente persecutório (outro eu ou instância anônima) que “desejaria” a sua morte e deteria esse poder, tornando-se sua causa.

Lança a referida autora a seguinte questão: “por que as representações que o Eu forja de sua relação com seu próprio espaço corporal trazem em si essa potencialidade persecutória que ameaça transformar o próprio corpo num perseguidor?” (Aulagnier, 1990, p. 74). Para elaborar a questão, destaca duas propriedades do corpo: seu caráter mortal e seu poder erógeno, com a propriedade de experimentar o sofrimento.

Sobre o caráter mortal do corpo, Aulagnier (1990) considera que é preciso que o eu consiga com ele coabitar, investindo-o como seu habitat, como posse, como bem, mesmo sabendo que a causa última de sua morte se inscreve na natureza mortal do corpo. É preciso inocentar o corpo, e assim, o eu prefere dizer-se responsável por seu corpo (que teria pedido demais a ele, que não teria dele suficientemente cuidado...) a acusá-lo. O eu fará tudo para encobrir essa autonomia de poder de sofrimento e do veredicto de morte presentes no corpo. A não culpabilidade do corpo oculta e sublinha a presença da injunção paradoxal própria à relação persecutória: o eu é obrigado a investir, a proteger um lugar e um objeto que são ao mesmo tempo condição de vida e causa de morte.

Se o paradoxo é acentuado o eu acabará sobreinvestindo o corpo, colocando-o como vítima de sofrimento e não como sua causa. Segundo Aulagnier (1990), tais aspectos estão fortemente envolvidos na problemática da hipocondria:

Temos aqui um dos fatores essenciais da hipocondria: esse sobreinvestimento narcísico de um órgão do corpo “agredido” pela doença e pelo sofrimento, e concomitantemente essa focalização do conjunto das demandas, queixas, reivindicações, sobre essa “dor” que ameaça seu corpo e da qual se exige ser liberado (Aulagnier, 1990, p. 75).

O que agride o corpo próprio seria da ordem de um “corpo estranho”, prova de um arrombamento operado no próprio espaço corporal.

A segunda propriedade do corpo que pode lhe conferir caráter perseguidor é o seu poder erógeno, fazendo com que o sujeito experimente prazer, mas também sofrimento. O espaço corporal como fonte e lugar de prazer, induzirá tanto mais ao investimento do eu à medida que o corpo revelar seu poder de obter prazer. O encontro do corpo do bebê com o da mãe, o discurso dela sobre o corpo do bebê (corpo falado), promovem o prazer que a criança encontrará em seu corpo. O corpo-prazer é o primeiro

objeto propriamente possuído, o primeiro “bem”, a primeira posse da qual o eu se pretende senhor. É o primeiro objeto que permite ao eu conjugar o verbo “ter” e é também seu bem mais precioso. O eu tem necessidade vital de investir o corpo, condição para que o conjunto das zonas erógenas e seu poder funcional sejam investidos. Tal processo comporta as primeiras referências narcísicas e identificatórias, que permitirão ao eu passar do “ter” à conjugação do verbo “ser”.

Em contrapartida, o eu não poderá evitar ser confrontado com o corpo-sofrimento. As consequências desse encontro decidirão a relação que o eu virá a estabelecer com a realidade.

É esse encontro e essa *relação entre o Eu e o corpo-que-sofre*, ou o corpo causa de sofrimento, às quais é necessário atribuir mais precisamente essa função de andaime, esse esquema “matricial” referente tanto à relação do Eu com a realidade quanto à vicissitude dessa mesma relação que poderá originar uma relação persecutória no sentido próprio do termo (Aulagnier, 1990, p. 77).

A dimensão persecutória começa a se instalar quando o corpo, objeto do qual o eu acreditava-se senhor, pode se tornar lugar e causa de sofrimento. Assim, o objeto-corpo acaba por revelar-se não idêntico ao eu, impondo a este um sofrimento que ele não pode anular ou evitar. Essa situação torna-se prova irrefutável da autonomia da realidade e dos objetos que ocupam sua cena, ou seja, da sua não submissão ao eu.

É pelo sofrimento que o corpo adquire seu atributo/índice de objeto real, não redutível a um puro ser psíquico; é sua autonomia que lhe confere um caráter externo em relação ao eu. Entretanto, esse corpo cujo sofrimento experimentado o eu odeia, permanece um objeto que não pode ser perdido, que não pode ser desinvestido. Para preservar-se vivo, o eu deverá tentar reparar, satisfazer, proteger esse corpo.

As relações entre eu e corpo não são dadas, portanto, desde o início e o eu precisará se apropriar de sua experiência corporal e, por esse meio, tentar manter relações harmoniosas com seu habitat, condição necessária para sua existência. A autonomia do corpo em relação ao eu muitas vezes impor-se-á, e este tentará a todo custo inocentar e proteger o corpo, mesmo quando este se torna lugar ou causa de sofrimento.

Brusset (2002) sublinha que na hipocondria o órgão percebido como doente se distingue do resto do corpo por ele ameaçado. Há clivagem entre o órgão perseguido-perseguidor e o resto do corpo. Este, devido à clivagem, permanece inteiro, bom e inocente. Além disso, o órgão ou a função doente ameaça o corpo inteiro de destruição.

O exame, a verificação típica e a racionalização tendem a assegurar ao hipocondríaco um suposto controle sobre o que o ameaça a partir de seu espaço corporal.

A inquietação em relação a um corpo frágil, sempre em perigo de ser atacado por alguma doença e que, no entanto, não pode ser desinvestido, marca a dimensão persecutória da hipocondria. A fragilidade do corpo e o perigo que o meio externo impõe ao sujeito hipocondríaco demandam todo um sistema de cuidados, permanente exame e verificação da saúde corporal, aspectos particularmente presentes no caso que passaremos a abordar.

### III.6 – O “caso” Glenn Gould

Dentre alguns casos de hipocondria que encontramos na literatura, o de Glenn Gould chamou especialmente nossa atenção. A relação do pianista com seu corpo, inclusive durante as execuções nos concertos, era bastante singular. Tivemos acesso a esse material através do livro “Os hipocondríacos: Vidas atormentadas” de Brian Dillon (2011) onde o autor retrata várias personalidades do campo intelectual e artístico que sofriam de hipocondria. Outra fonte que nos auxiliou foi a biografia de Gould escrita por Otto Friedrich (2000).

Glenn Gould foi um pianista famoso e reconhecido mundialmente, consagrado a partir de sua gravação da obra de Bach: “Variações Goldberg”. Além de ser um talento ao piano, era conhecido por suas “excentricidades”, dentre elas o hábito de usar muitas camadas de roupas, luvas, chapéus, gorros. Friedrich (2000) relata as particularidades que envolveram a primeira gravação de Gould das “Variações Goldberg”:

Usou sua própria cadeira, feita pelo pai, que lhe permitia sentar-se apenas 35 cm acima do chão, de tal maneira que pudesse manter os pulsos abaixo ou ao nível do teclado (...). Havia ainda uma volumosa coleção de suéteres e cachecóis, mesmo para o clima mais quente, e um grande sortimento de pílulas. Quando ele tocava, comumente gesticulava com uma das mãos como um maestro, enquanto atacava o teclado com a outra. E cantava, gemia, suspirava (Friedrich, 2000, p. 59).

Sobre o vidro de pílulas, Gould disse certa vez: “Essas são as minhas pílulas para a circulação. Se eu não tomar estas pílulas, eu não circulo” (*apud* Friedrich, 2000, p. 61). As pílulas para a circulação serviam para manter seus braços e mãos flexíveis, pois ele acreditava sofrer de um problema circulatório que fazia com que suas mãos ficassem frias. Por esta razão usava luvas, água quente e diversas pílulas, estas, inclusive, para dores de cabeça e tensão.

Desde criança ele se preocupava com suas mãos e sabia que elas deveriam ser protegidas. Usava diversos pares de luvas porque suas mãos reagiam mal ao ar condicionado e à umidade. Para tal, esfregava nas mãos cera de parafina derretida, pois assim sentia como se tivesse mãos novas.

Gould evitava apertos de mão e tinha verdadeira aversão ao contato físico. Certo dia colocou um cartaz na porta de seu camarim solicitando aos visitantes que o poupassem de apertos de mão, acreditando que poderiam lhe danificar os dedos. Entretanto, em uma ocasião, um empregado da empresa de pianos encarregado das questões técnicas de seu instrumento, deu um leve tapinha de cumprimento no ombro esquerdo de Gould; ele recuou e reagiu alertando-o para que não fizesse isso, pois não gostava que o tocassem. Para Gould, este “tapinha” no ombro teria desencadeado uma série de problemas de saúde. Detalha, numa carta, as consequências desse episódio com o técnico:

A lesão inicial foi no ombro esquerdo, e, quando tiraram um raio-X, a escápula pareceu ter sido pressionada para baixo cerca de meia polegada. Esse problema já foi basicamente resolvido, mas agora causou uma reação secundária muito mais problemática. O nervo que controla o anelar e o dedo mínimo da minha mão esquerda foi comprimido e inflamou, ou seja lá o que for, com o resultado de que qualquer movimento envolvendo uma separação da mão esquerda, como um salto repentino para o lado esquerdo do teclado, é, se não realmente impossível, executado somente com uma considerável força de vontade (Gould *apud* Dillon, 2011, p.242).

Segundo Dillon (2011), Gould consultou cinco médicos em dois meses, tendo se submetido a um tratamento no qual ficou com o corpo inteiramente engessado durante quatro meses. Enfim, tomou cortisona, fez 117 tratamentos e nada resolvia o problema. Os médicos até diagnosticaram a compressão de um nervo por uma vértebra cervical, mas mais tarde um deles contou a um amigo e biógrafo de Gould que nunca houve uma lesão real. Vale ressaltar que na biografia escrita por Friedrich (2000) apenas o ombro teria sido engessado nessa ocasião. Ele também usou um aparelho cervical de metal para colocar o ombro e o braço no lugar.

Dentre as preocupações com sua saúde, Gould era conhecido pelos rituais que envolviam suas apresentações:

seu hábito de imergir os braços em água extremamente quente antes de tocar, supostamente para relaxar os músculos; seu ódio por salas de concertos expostas a correntes de ar, que às vezes necessitavam de uma falange de aquecedores elétricos direcionados ao pianista; sua mania de se vestir com suéteres e sobretudos pesados, além de gorros, cachecóis e luvas “especialmente desenhadas”, mesmo no calor do verão (Dillon, 2011, p. 245-6).

Ele reclamava de salões amplos, pois as tosses e os espirros do público o deixavam muito desconfortável: “É difícil me proteger dos germes; acho que na verdade eu devo estar sendo assolado por uma febre ou um resfriado, como frequentemente acontece” (Gould *apud* Dillon, 2011, p. 246-7). O medo de ser contaminado o acompanhava permanentemente, considerando muito difícil se proteger dos germes. Mesmo no auge do verão, sempre desligava o ar condicionado com medo de pegar um resfriado. Gould era conhecido por bater o telefone no gancho em pânico se seu interlocutor tossisse ou espirrasse.

Ele tinha o hábito de cancelar suas apresentações: devido a uma inflamação na traqueia pôde cancelar um mês de concertos; frequentemente se dizia vítima de gripe, tendo também se queixado de bronquite. A partir do incidente com o técnico de pianos que, segundo o seu vivido, teria lhe causado tantos males, cancelou todos os concertos por três meses.

Gould não gostava de tocar em público, mas para si mesmo. Pouco antes de completar trinta anos anuncia que não irá mais fazer concertos em público. Sentia desprezo pelas salas de concerto:

A participação ansiosa da plateia em todas “aquelas incertezas horríveis, degradantes e humanamente danosas”, sentia Gould, tornava um recital de piano um dos “esportes mais sangrentos”. “Algumas pessoas acham”, argumentou um jornalista em 1962, “que uma das alegrias de ouvir música vem do risco da ‘chance única’ da execução – que ninguém, nem o executante, nem o ouvinte, pode saber exatamente como vai sair”. “Para mim, isso é impiedoso, cruel e sem sentido”, disse Gould num rompante. “É exatamente o que incita selvagens como os latino-americanos a irem a touradas.” (Friedrich, 2000, p. 108).

Gould interrompe, então, os concertos e se refugia em um estúdio de gravação. Nesse ambiente era possível editar as gravações. Ele editava não para corrigir defeitos, mas para criar uma versão nova complementar da que havia sido gravada. No estúdio produziu obras para o rádio, desenvolveu sua forma de “rádio contrapontístico” o qual consistia em uma montagem auditiva de vozes sobrepostas, tecendo uma textura espessa de sons. Com essa técnica ele montou uma trilogia que falava da solidão. A “Trilogia da solidão” está entre as suas melhores obras.

Em 1967, numa transmissão de rádio disse: “Descobri que, na privacidade, na solidão (...) e na segurança uterina do estúdio, era possível fazer música numa forma mais direta e pessoal do que qualquer sala de concerto jamais permitiria” (Gould *apud* Dillon, 2011, p. 255). As referências a sua experiência musical como uma situação



uterina particular, de segurança e de fusão, nos leva a abordar a relação de Gould com sua mãe.

Segundo Dillon (2011) a mãe de Gould parecia singularmente apreensiva quanto à sua saúde, alertando-o bastante para que se agasalhasse bem e não ficasse resfriado, expressando medo em relação aos germes que se espalhavam em ambientes como as salas de concerto. Um amigo de infância de Gould chegou a dizer que “se hipocondria fosse hereditária, saberíamos quem era o vilão. Sua mãe estava constantemente preocupada com seu estado” (Fulbord *apud* Dillon, 2011, p. 247). Florence Gould tinha 42 anos quando seu único filho nasceu. Enquanto estava grávida sempre tocava piano com a esperança de que seu filho se tornasse um pianista clássico. A mãe percebeu que o pequeno Glenn tinha ouvido privilegiado e começou a lhe dar lições de piano a partir dos três anos de idade. Ele sabia ler músicas antes mesmo de conhecer o alfabeto. Seu pai também tinha certa familiaridade com a música, pois tocara violino quando garoto. Aos cinco anos Glenn disse ao pai que seria um pianista de concertos.

A mãe foi sua professora até os seus dez anos e sua maior encorajadora. Ela o fazia cantar o tempo todo; quando tocava as notas, também tinha que cantá-las. Ela sempre o ouvia tocar e corrigia seus erros imediatamente. Em entrevista, Florence Gould disse que as mães devem sacrificar e dedicar seu tempo aos filhos. Estava sempre presente em seus ensaios (Friedrich, 2000). Tal era sua ligação com a mãe que Glenn Gould considerava sua experiência de tocar como “uterina”, apesar de sua relação com a mãe nunca ter sido tão afetuosa.

Em 1975 sua mãe foi hospitalizada após um derrame, e acabou morrendo. Gould não a visitou, pois ela o havia alertado a evitar lugares onde os germes pudessem se concentrar, o que o fazia temer hospitais. Entretanto, falava com ela ao telefone por horas a fio todos os dias (Dillon, 2011).

Nesse mesmo período ele consultara três médicos, sem que um tivesse conhecimento dos outros. A principal queixa de Gould era de delírios e perda do equilíbrio, que um dos médicos atribuiu a uma labirintite. Menos de um ano após a morte da mãe a pressão sanguínea de Gould estava alta, mas, segundo alguns médicos, não o suficiente para justificar o uso de medicamentos. Gould discordou e foi consultar outros médicos os quais lhe prescreveram um remédio. Começou a medir a pressão sanguínea diariamente, e no decorrer do tempo passou a fazê-lo de hora em hora, sempre efetuando anotações meticulosas dos dados obtidos. Ele também se preocupava com seu tórax, temendo uma pneumonia ou um câncer. À medida que ficou mais velho

veio a se preocupar com a próstata. Submetia-se, na época, a exames de próstata, fígado, baço, rins, verificando também os níveis de potássio, colesterol, ácido úrico. Antes de cada consulta, fazia uma lista de sintomas (Dillon, 2011).

Em seu volumoso diário registra também o aparecimento de manchas estranhas no abdômen e no final desse registro acrescenta que após tomar banho as manchas sumiram, dando a entender que tinham sido causadas por uma caneta que tinha vazado.

Gould descreve vários sintomas físicos:

Sofreu de flatulência com uma certa frequência, anotou, especialmente ao acordar; os vários locais de ar preso e as nuances precisas de sua consciência disso estão todos registrados. Reclamou do “fenômeno da parte posterior da cabeça”, da “consciência do ponto de pressão”, de “pressão na têmpora esquerda” e de “bolsas de dor” “semelhantes às da úlcera” até as costas após o consumo de líquidos. Descobriu marcas pretas na sua língua e teve “músculos travados” em sua boca (Dillon, 2011, p. 262).

No final dos anos 1970 Gould tinha começado a parecer cansado e doente, sua pele parecia cada vez mais cinza, seus movimentos se tornaram mais lentos e começou a desenvolver tremor nas mãos. Para Dillon (2011), seu declínio físico poderia resultar de décadas de automedicação. Tomava tranquilizantes, remédios para hipertensão, dores de cabeça, gota, constipação, antibióticos, vitamina C. Mantinha-se acordado à noite com quantidades abundantes de cafeína. “Talvez mais devastador para sua saúde, no entanto, tenha sido sua relativa autonegligência, que foi paradoxalmente coerente com sua hipocondria” (Dillon, 2011, p. 263). Sua dieta era a de um adolescente descuidado; comia biscoitos de araruta com café instantâneo. Não praticava exercícios físicos, fora esporádicas caminhadas com seu cão.

Em 1982, ao longo do verão, Glenn reclamou de um resfriado inoportuno, tomou xarope para tosse, fenograma expectorante, codeína, antibióticos e Percodan. Seus sintomas melhoraram, mas voltaram no outono. Em 27 de setembro, dois dias depois de seu aniversário, acordou com uma terrível dor de cabeça e com a perna esquerda dormente. Seus sintomas pioraram e ele foi levado ao hospital e uma tomografia confirmou que Gould tinha sofrido um derrame severo. No dia seguinte entrou em coma e morreu alguns dias depois – no dia 04/10/1982.

Após sua morte foi encontrada uma espécie de “diário de crise”, são notas manuscritas esparsas, fragmentos de textos. Segundo Estellon (2009), nesses escritos é possível encontrar descrições metódicas, sistemáticas, obsessivas de um corpo-máquina constantemente sob medição, avaliação, controle, monitoramento.

É preciso atentar para a organização fragmentária desse corpo: corpo máquina, mas também corpo de necessidades, corpo apreendido numa dimensão parcial dessubjetivante. A questão que se coloca para Gould não é aquela do “meu corpo”, mas dos dedos, dos braços, das costas, partes e funções do corpo que não estão bem.

Apesar do cuidado que um pianista deve ter com suas mãos, há algo em Gould que ultrapassa um caráter preventivo “normal”. Segundo Estellon (2009) ser tocado, seduzido, aceitar a influência do outro nos remonta à questão da passividade. Contra toda passividade, Gould parece ter erigido um sistema defensivo extremamente operacional: ele tenta se tornar intocável, inatingível pelo outro (usa diversas camadas de roupas, deixa de fazer concertos, evita o contato físico). Isso se passa também no que concerne ao toque pelo olhar, ser tocado pelo outro através do olhar. Lembremos que ele deixa de realizar concertos e se confina no estúdio que lhe proporciona segurança “uterina”. É preciso se proteger dos efeitos produzidos pelo outro em seu corpo.

A hipocondria de Glenn Gould é de fato impressionante, seu medo de contrair doenças, suas inúmeras estratégias para manter sob controle um corpo frágil e sempre doente (com várias camadas de roupas, luvas, cachecóis, inúmeros aquecedores, a recusa em utilizar o ar condicionado). Além disso, há que se notar o uso desenfreado de medicamentos prescritos por ele próprio na tentativa de fazer funcionar melhor um corpo sempre “defeituoso”. As anotações meticulosas sobre os estados de seu corpo nos mostram o grau de preocupações com o funcionamento corporal e, ao mesmo tempo, uma tentativa de controlar o que se passa no corpo.

Todos esses aspectos revelam a tamanha inquietude, preocupação e dimensão persecutória que o corpo assume para esses sujeitos.

### **III.7 – Quando a estraneidade emerge no corpo**

No caso de Gould percebemos o cuidado excessivo que tem com sua saúde no sentido de evitar gripes, exposição aos germes, procedimentos para manter o corpo quente/circulando, frequentes consultas a vários médicos e realização de exames diversos, além da ingestão de muita medicação prescrita por ele próprio. O corpo assume uma condição frágil: sendo ameaçado por agentes externos, seria preciso protegê-lo, tentando assim controlar de todas as formas possíveis o inevitável adoecimento. As anotações meticulosas que faz sobre os estados do corpo parecem se configurar como tentativas de compreender, controlar e evitar seus males.

Sabemos que as manifestações corporais hipocondríacas não são decorrentes de um dano orgânico ou mesmo de uma modificação “real” da saúde do corpo: são “doentes imaginários”. Pontuamos aqui a ideia de “corpo estranho” e que deve ser compreendida de maneira mais ampla já que não há um comprometimento orgânico na origem de seu mal. Para explorar esse aspecto, acompanharemos Freud em suas elaborações sobre a ideia de “corpo estranho” no sentido psicanalítico do termo, desejando aprofundar ainda mais a questão dos fundamentos do caráter persecutório na hipocondria.

Na teoria freudiana, a ideia de “corpo estranho” aparece pela primeira vez na sua teorização da histeria. O sintoma histérico estaria relacionado a um traumatismo psíquico cuja lembrança agiria como “corpo estranho” no interior do psiquismo. Disso decorre que as histéricas sofreriam de reminiscências. Tais concepções se ancoram na teoria da sedução traumática, de acordo com a qual a criança teria sofrido um atentado sexual. Esse acontecimento externo se transformaria em interno, instalando-se no psiquismo, como “corpo estranho”. É a partir da ação desse “corpo estranho interno” que eclodiria o trauma. Note-se que não se trata diretamente de um evento factual traumático, mas Freud já falava nesse momento de uma lembrança que se constituiria como “corpo estranho” no psiquismo, provocando, a partir daí, efeitos patológicos.

Essa temática retornará, de modo ampliado e complexificado em 1919, em um contexto completamente distinto daquele da primeira teoria do trauma, concepção abandonada em 1897. Entretanto, é interessante notar que a questão do estranho faz seu retorno justamente no momento em que uma nova concepção de trauma começa a se esboçar, fundamentada agora numa dinâmica atrelada ao pulsional, ao excesso pulsional e às condições de processamento das excitações pelo ego.

Freud (1919/1996) inicia o texto relacionando o estranho com as qualidades do sentir, da sensibilidade, ou seja, com aquilo que é assustador, que provoca medo e horror. Mas o que permitiria distinguir como estranhas certas coisas que estão dentro do campo do amedrontador?

Para avançar na elaboração desta questão, aborda o significado da palavra *unheimlich* e acaba por considerar que “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (Freud, 1919/1996, p. 238). Para compreender em quais circunstâncias o familiar torna-se estranho e assustador analisa o significado da palavra *heimlich*, traduzida por aquilo que é familiar. A partir desse estudo conclui que *heimlich* exibe um significado que seria o seu oposto, ou seja,

*unheimlich*. Ela comporta dois conjuntos de ideias diferentes: “por um lado significa o que é familiar e agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora de vista” (p. 242-3). Ressaltemos que *unheimlich* é utilizada como oposto apenas do primeiro significado.

Schelling (*apud* Freud, 1919/1996), considera que *unheimlich* é tudo aquilo que deveria ter permanecido oculto, mas que veio à luz. Tal concepção permite um novo esclarecimento sobre a questão do estranho e para iluminar esse aspecto, Freud se debruça sobre o conto “O homem de areia” de Hoffmann, que desperta efeitos de estranheza no leitor.

O estranho é atribuído a causas infantis e relacionado ao narcisismo, o que conduz Freud a postular o tema do “duplo”. Neste, os personagens devem ser considerados idênticos porque têm semelhança ou parecem iguais ao sujeito sob certos aspectos. Há uma identificação tal do sujeito com outra pessoa que este acaba em dúvida sobre quem é o seu eu ou, então, substitui o seu próprio eu por um estranho. “Em outras palavras, há uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu (*self*). E, finalmente, há o retorno constante da mesma coisa” (Freud, 1919/1996, p. 252).

Freud lembra as elaborações de Otto Rank sobre o tema do duplo, que estabelece ligações do duplo com reflexos em espelhos, com sombras, espíritos guardiões, com a crença na alma e o medo da morte. Originalmente o duplo teria sido uma segurança contra a destruição do ego, negação do poder da morte e, provavelmente, a alma imortal tenha sido o primeiro duplo do corpo. Trata-se de uma duplicação como defesa contra a extinção, contra a morte. Tais aspectos estariam relacionados ao narcisismo primário. Porém, quando esta etapa vem a ser superada, o duplo acaba por se transformar em estranho anunciador da morte. Inclusive pode ser ressignificado na figura do superego.

A qualidade da estranheza se dá porque o duplo seria uma criação que data de um estágio mental muito primitivo, onde tinha um caráter amistoso. Entretanto, é preciso supor que o duplo converteu-se em um objeto de terror. Nesse estágio mental primitivo o ego ainda não havia se distinguido muito nitidamente do mundo externo e das pessoas. Esses fatores seriam responsáveis, em parte, pela impressão de estranheza.

A repetição da mesma coisa pode provocar o sentimento do “estranho” por evocar a situação de desamparo primordial. Freud afirma que o fator de repetição involuntária é o que geraria, naquilo que seria bastante inocente, a atmosfera do “estranho”. A partir desse entendimento, avança em suas elaborações anunciando o fenômeno de compulsão à repetição:

Pois é possível reconhecer, na mente inconsciente, a predominância da ‘compulsão à repetição’, procedente dos impulsos instintuais [pulsionais] e provavelmente inerente à própria natureza dos instintos [pulsões] – uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio de prazer, emprestando a determinados aspectos da mente o seu caráter demoníaco, e ainda muito claramente expressa nos impulsos das crianças pequenas; uma compulsão que é responsável, também, por uma parte do rumo tomado pelas análises de pacientes neuróticos. Todas essas considerações preparam-nos para a descoberta de que o que quer que nos lembre esta íntima ‘compulsão à repetição’ é percebido como estranho (Freud, 1919/1996, p. 256).

O fenômeno do duplo é articulado ao mecanismo da compulsão à repetição, ao retorno não intencional do mesmo, causa do “estranho”. Aborda o estágio animista onde haveria supervalorização narcísica pelo sujeito de seus processos mentais, crença na onipotência dos pensamentos e a técnica da magia baseada nessa crença. Além disso, haveria atribuição de poderes mágicos a pessoas e coisas externas.

Todo ser humano passaria pelo estágio animista, superando-o, mas restam preservados certos resíduos e traços dessa fase, capazes de se manifestar durante o decorrer da vida. O fenômeno do “estranho” toca esses resíduos de atividade mental animista dando-lhes expressão. O elemento que amedronta poderia ser próprio do recalco que retorna. Neste caso, o estranho “não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão” (Freud, 1919/1996, p. 258). O estranho é algo que deveria ter permanecido oculto, mas que veio à luz.

No entender de Neusa S. Souza o duplo assinala a precariedade do eu e é por isso que adquire caráter terrorífico, assustador. “O que era imagem especular vira espectro, vulto, fantasma anunciador da morte” (Souza, 1998, p. 159). Mas é preciso se ter em mente que o estrangeiro é o eu, um eu dividido, discordante, diferente de si mesmo. Em última instância, o eu é um outro, mas é preciso que haja a dissolução do outro para que o eu possa advir. Ressalta a autora que o estrangeiro é o que há de mais exterior e íntimo, de mais estranho e familiar, capaz de suscitar angústia e horror justamente porque concerne o sujeito. Há presença da exterioridade no centro da intimidade do sujeito.

Experiência dramática que o agita, o inquieta, rouba seu silêncio e sossego. O paciente afetado pelo automatismo mental queixa-se de invasões, abusos, usurpações: vozes que gritam no silêncio, presenças impostas de ideias, sensações e atos, presenças forçadas que tomam seu pensamento e seu corpo semeando estranheza, transformando território íntimo em região estrangeira (Souza, 1998, p. 158).

Na hipocondria, o “estranho” se inscreve no corpo, objeto interno perseguidor que se infiltra na corporeidade do sujeito, lugar primordial de reconhecimento de si. É

preciso conceber que se trata de algo interno, oculto, mas que veio à luz e, no caso da hipocondria, literalmente toma corpo.

O estranho que toma corpo na hipocondria, assume caráter persecutório posto que escapa ao domínio do eu. O estranho está relacionado ao tempo do infantil, à presença da exterioridade no cerne do sujeito. Trata-se do “duplo”, um outro em si que retorna, ameaça o eu, tornando-se anunciador da morte, objeto de terror. O retorno desse outro interno radical, repetição involuntária do mesmo, o qual assume caráter demoníaco nesses casos, atualiza o vivido de desamparo primordial.

Essa situação remete aos primórdios da vida psíquica, onde a alteridade estrangeira invade um eu corporal ainda sem fronteiras. Trata-se, conforme temos mostrado, de um eu aberto ao outro, perseguido por um estrangeiro que se torna interno e passa a atacar o sujeito a partir de dentro, infiltrando-se em seu espaço corporal. No caso das manifestações hipocondríacas fomos levados a questionar se o caráter persecutório que incide sobre o corpo do sujeito não seria uma espécie de *atualização*, retorno demoníaco do mesmo, desse vivido primordial. Em nosso entender tal aspecto abre uma nova perspectiva para a compreensão das manifestações hipocondríacas conforme desenvolveremos no próximo capítulo.

## **Capítulo IV: Tempo do arcaico e memória corporal na hipocondria**

Na configuração patológica da hipocondria, vimos que a convocação do corpo – e, portanto, o retorno ao eu corporal – serve ao propósito da sobrevivência psíquica. Entretanto, nessa dinâmica defensiva, devido à utilização do mecanismo projetivo, o corpo acaba por assumir caráter persecutório.

Relacionada ao arcaico, aos primórdios da vida psíquica, onde o eu é corporal, a própria ideia de causalidade atual na origem da hipocondria deve ser repensada. No presente capítulo, promoveremos uma ampliação do entendimento da questão do “atual” na hipocondria, articulando-a com a dimensão da temporalidade psíquica, no caso, remetendo-nos à ideia de “atualidade”. Para abordar esta questão, nosso ponto de partida será uma análise das noções de trauma e compulsão à repetição, segundo o desenvolvimento de Freud em 1920. Como iremos mostrar, a obra freudiana oferece rico suporte para uma leitura mais complexa da problemática da hipocondria.

### **IV.1 – Trauma e temporalidade: uma releitura do “atual”**

Na leitura de Laplanche (1987/1993), a ideia de neurose atual fundamentada numa causa “atual”, tem duplo sentido de presente: no tempo e em ato, atualizada. Essa concepção já promove uma ampliação da ideia de atual uma vez que envolve a dimensão de “presentificação” e de “atualização”. Ambos os termos estão imbricados: trata-se de atualizar/presentificar algo que não pôde se tornar passado, historicizado.

Sobre essas questões Laplanche (1987/1993) afirma que, seja na neurose atual ou na psicose, sempre haverá um elemento atual em sua deflagração manifesta. O que deve ser levado em consideração é o impacto desse evento atual, que poderá ou não encontrar ressonância imediata no nível simbolizado, fantasístico. Isto vai depender da capacidade do psiquismo quanto ao capital fantasístico suficiente para a formação de um sintoma neurótico, para a constituição de uma via sublimatória ou da exigência de outra via, por exemplo, a de apelo ao registro do corpo.

Ressalta Laplanche (1987/1993) que se de fato existe um elemento atual na deflagração de toda neurose, torna-se difícil falar de um conflito puramente atual, de uma frustração puramente real. Mesmo no caso da deflagração da neurose atual, uma frustração só terá impacto se encontrar ressonância com uma problemática relacionada



ao infantil. Portanto, a frustração externa deve estar em consonância com uma frustração interna, relacionada ao represamento da libido.

Tal compreensão poderia levar a um apagamento da distinção entre neurose atual e psicose – o que seria um equívoco, pois nas neuroses atuais há pobreza de elaboração mental. Diferentemente das psicoses, onde os sintomas encontrariam uma base simbólica ancorada na história do indivíduo, é difícil desvendar uma vida fantasiosa rica nesses casos. Na falta de recursos necessários para que se constitua uma psicose, a energia não elaborada tende a se dirigir ao registro do corpo.

Desejamos mostrar que para além de uma compreensão do “atual” atrelada à causalidade de um evento atual, é preciso atentar para sua dimensão temporal, no sentido de uma presentificação e atualização de algo não elaborado pelo psiquismo e que tem relação com elementos arcaicos da história psíquica.

Com o propósito de incrementar a compreensão acerca da problemática da hipocondria à luz desta ideia, nos apoiaremos na proposta de Marta Rezende Cardoso (2011), segundo a qual as elaborações freudianas acerca da neurose traumática vêm propiciar uma releitura da dimensão de “atual” em psicanálise. Acompanharemos a autora em sua tentativa de traçar uma linha de continuidade e, ao mesmo tempo, de ruptura entre as concepções de neurose atual e de neurose traumática.

A autora parte da questão do trauma, a qual se desdobra em duas grandes vertentes na teoria freudiana entre as quais há pontos de convergência e divergência. A primeira é decorrente da construção de uma “teoria traumática da neurose”, baseada nos escritos iniciais sobre a histeria. A segunda vertente se assenta em elementos bem distintos, mas articula-se com a primeira teoria do trauma em alguns pontos. Trata-se da “teoria da neurose traumática” cujo quadro sintomático e cujos fundamentos se contrapõem aos da neurose propriamente dita.

No contexto da segunda teoria do trauma, Freud dirigia seu olhar para patologias que sinalizavam a presença da ação de um pulsional disruptivo no mundo interno. A nova teoria do trauma foi impulsionada por outra gama de situações clínicas além daquelas das neuroses ditas clássicas. A neurose traumática teve papel fundamental na construção da nova concepção da noção de trauma desse segundo tempo da obra freudiana. Essas elaborações se entrecruzam com a análise dos fenômenos de compulsão à repetição e com o postulado da pulsão de morte.

Explorando as elaborações de Carvalho e Ribeiro (2006), a autora mostra que trauma e pulsão são indissociáveis. No novo modelo, o trauma seria justamente o

arrombamento decorrente da ação da força de um pulsional que transgride os limites egoicos. O acontecimento traumático seria uma espécie de elemento desencadeador, no espaço interno, da irrupção de um pulsional des-ligado, sem representação ou recalçamento possível, configurando um estado de desestruturação narcísica. Trata-se de uma experiência de passividade, de desamparo a qual seria própria, em última instância, à constituição traumática da subjetividade.

De acordo com a autora, a neurose traumática não deixa de representar um curioso desdobramento da concepção de neurose de angústia, neurose dita atual. Freud havia considerado que a origem da neurose de angústia seria decorrente de um acúmulo de excitação sexual que se transformaria em angústia sem mediação psíquica. Este acúmulo de excitação não corresponderia, de fato, a uma insuficiência de elaboração psíquica? Para explorar esta questão, é necessário nos apoiarmos na segunda teoria do trauma segundo a qual, como assinalamos acima, o traumático é identificado à ação de um excesso pulsional como acúmulo de excitação difícil de ser administrado pelo psiquismo. Eis aqui uma espécie de retranscrição do que havia sido anteriormente enunciado por Freud como principal característica da neurose de angústia. Em relação à angústia própria a este quadro, ele a considerava como sendo de natureza sexual. No caso da neurose traumática, Freud sustentará que ela resulta do arrombamento produzido pelo excesso de energia que ataca a vesícula despreparada. Essa situação de passividade pulsional radical é seguida de uma reação de caráter elementar.

Levando em conta os pontos de continuidade e ruptura entre a genealogia da neurose traumática e a da neurose de angústia, pontua a referida autora, com Laplanche (1987/1993), que a teoria da neurose de angústia proposta por Freud não é uma teoria puramente fisiológica. Isto, no sentido de não se limitar à ideia de uma excitação somática que poderia não encontrar descarga adequada através do coito. Tratava-se, na verdade, de considerar que a excitação somática se revela excessiva por não encontrar o seu *fiador no nível psíquico*. Seria no nível da ausência de elaboração que se produziria a derivação sob a forma de angústia. A escassez aqui é de um fiador psíquico. Reitera Cardoso (2011): o que falta na neurose atual, de acordo com Freud, é libido psíquica, ou melhor, a elaboração psíquica da excitação. O trabalho psíquico consiste no processo de ligação da energia fazendo com que deixe de fluir livremente, mantendo-se ligada a certos conteúdos.

Destaca ainda Cardoso (2011) outro aspecto presente na genealogia da neurose traumática, que resulta de mudanças teóricas importantes, mas que igualmente comporta os velhos traços da neurose de angústia: a dimensão de atualidade.

Ao sublinhar o caráter permanente e insistente da angústia nos casos de neurose de angústia, Freud, sem o saber, parecia também vislumbrar, de alguma maneira, a ação daquilo que futuramente tratará como compulsão à repetição (...) A compulsão à repetição, como destino do traumático, destino aquém da representação, não corresponderia, igualmente, a uma retomada, na teoria freudiana, do registro do *atual*? (Cardoso, 2011, p. 74).

Entretanto, a partir das elaborações de 1920 esse registro ganhará novo e radical sentido, o de uma presentificação permanente. Esta se exerce pela repetição compulsiva e imperativa da agonia, do susto, do desespero, do desamparo, em oposição à angústia-sinal (a qual seria capaz de promover uma preparação). Retomaremos mais adiante, em mais detalhes, a questão do desespero e da angústia. Por ora desejamos sublinhar que a análise dos fenômenos de compulsão à repetição, que desembocará na conceituação da pulsão de morte, permite maior compreensão da questão da passividade do ego diante da pulsão. Isso se dá à medida que a teoria do trauma vem a ser re-elaborada a partir do paradigma da neurose traumática.

O trauma ocasiona um transbordamento do ego, reação cataclísmica decorrente do susto, justamente porque o psiquismo é atacado de surpresa, sem estar preparado para isso, por ter faltado o acionamento da angústia-sinal. O ego fica impossibilitado de realizar a elaboração psíquica e de recalcar esses elementos. Quando o aparelho psíquico é atingido por quantidades excessivas de energia pulsional, defesas arcaicas são acionadas e fenômenos de compulsão à repetição passam a agir no psiquismo. A compulsão exerce pressão inelutável, mas tem, ao mesmo tempo, efeito de entrave.

A dimensão de atualidade, anteriormente atrelada, de modo restritivo, à neurose atual – onde o sentido do termo atual limitava-se à mera suposição de causalidade sem apoio no infantil – readquire notável densidade teórica quando articulada à noção de compulsão à repetição. Nessa perspectiva

a questão do “atual”, ao ser situada no cerne da compulsão à repetição, passa a se referir àqueles elementos, impressões que não conseguem se tornar passado. A violência do traumático concerne à impossibilidade de historicização; por conta disso a resposta egoica dá-se pela via do ato, resposta fixada, portanto, no registro do “atual” posto que repetidamente presentificada (Cardoso, 2011, p. 75).

A compulsão à repetição implica uma insistência compulsiva em “presentificar”, em “apresentar” o elemento traumático não representado. A não historicização

pressupõe impossibilidade de interiorização, conduzindo à tendência de permanente exteriorização, o que leva a citada autora a falar em termos de uma “tirania do fora”, aspecto aí em jogo. A insistência compulsiva em presentificar o elemento traumático constitui o avesso de uma memória representacional. Trata-se de uma memória corporal, relativa ao tempo do traumático, tempo de urgência, do atual, como veremos ao longo deste capítulo.

Igualmente inspirado por essas elaborações Ritter (2013) também acompanha essa releitura das neuroses atuais através da ideia de insuficiência psíquica e de excesso de excitação, repensadas a partir dos conceitos de narcisismo (operação narcísica) e excesso pulsional, relacionados, por sua vez, às questões do trauma e da compulsão à repetição. O autor destaca a polissemia do termo “atual” indicando-o como operador para se vislumbrar o enlaçamento da dimensão temporal com a de ato, o que seria próprio das neuroses atuais e, igualmente, das patologias contemporâneas, marcadas pela convocação do corpo e do ato. Em seu entender, o “atual” nas neuroses atuais e nas patologias da atualidade diria respeito a um fundo traumático, resistente ao processo de historicização, ao ingresso no campo da representação. Tratar-se-ia da face mais arcaica e elementar da vida psíquica, fundo traumático de toda subjetividade.

Nossa meta até então tem sido a de explorar a complexidade que comporta a noção de “atual” em psicanálise quando retomada à luz da segunda teoria do trauma. No que toca às manifestações corporais em sua relação com a temporalidade do atual esclarece Knobloch (1998, p. 29): “Os sintomas, podemos pensar, aparecem como uma espécie de tentativa de congelamento de um tempo, como uma espécie de mumificação do tempo, o que impediria a circulação desse tempo, impedindo que o presente possa passar para que um novo tempo possa estar sempre surgindo”. Temos aqui a concepção de um tempo próprio ao traumático no qual predomina um presente absoluto.

O “tempo do traumático” diz respeito a elementos que teriam permanecido fora da esfera da representação e do acesso ao mecanismo do recalque. O tempo é aqui suspenso; ele é o puro presente, presente absoluto, não o presente da linha do tempo (no sentido da história). Nas palavras de um paciente citado por Knobloch (1998, p. 141), o que se tem é, “um presente muito largo, não tem nada antes nem depois”.

Ao longo deste capítulo defendemos que as manifestações hipocondríacas parecem atualizar o que não pôde se tornar passado; elas se ancoram numa dimensão arcaica do funcionamento psíquico. Mas qual seria a singularidade da dimensão de memória nesses casos, ou seja, de que maneira o que é vivenciado pode ser conservado

no psiquismo e sempre se atualizar na concretude do corpo sem, no entanto, estar referido a uma vivência passada, no sentido da constituição de uma lembrança?

#### **IV.2 – Memória corporal: memória de um tempo sempre presente**

Na hipocondria é notório o ruído provocado pela presença de elementos irrepresentáveis no corpo desses sujeitos. A que modalidade de inscrição esses elementos estariam submetidos? À medida que se apresentam na dimensão corporal, dimensão arcaica da existência, teriam estatuto distinto daquele dos traços mnêmicos?

Na “Carta 52” (1896b{1950 [1887-1902]}/1996) Freud informa a Fliess estar trabalhando com a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, desdobrando-se em vários tempos, constituída que é por rearranjos, retranscrições. Para melhor explicar o que pretende, propõe esquema composto de diferentes registros os quais se encontrariam separados de acordo com os neurônios, seus veículos. Nesse esquema, há uma primeira etapa, a da percepção, que não conserva nenhum traço do vivido. Posterior a essa etapa, Freud situa o primeiro registro, este, sim, próprio ao campo da memória: os índices de percepção. O segundo registro corresponde à inscrição de traços mnêmicos do inconsciente, correspondentes às lembranças. No registro seguinte se dá a terceira transcrição, a pré-consciência, ligada às representações verbais, e que corresponderia ao ego.

A percepção, excitação no sistema perceptivo, deixa marcas: os primeiros signos de percepção. Estes configuram as primeiras transcrições, sendo que nesse processo o original é perdido, guardando pouco da percepção e do evento originais. O que se conserva como impressão é o que virá a ser transposto. Os signos de percepção constituem o primeiro registro do processo excitatório da percepção, fazendo parte, portanto, do sistema de memória. Porém, para se tornarem traços mnêmicos, integrando o sistema inconsciente e, portanto, passíveis de lembrança, será necessária outra transcrição (Lejarraga, 1996).

A partir das elaborações da “carta 52” Knobloch (1998) traça uma distinção entre traço e marca na sua relação com a inscrição. Os traços mnêmicos são inconscientes, podendo se tornar conscientes por suporem uma inscrição, a qual poderá ser reescrita e transcrita. Sua entrada no registro psíquico se dá por meio das ligações estabelecidas com outros traços de impressões, permitindo sua inscrição no sistema de memória. De modo diverso, a marca (signos/índices de percepção) supõe uma não

inscrição. São “sensações sem palavras”, vivências que não entram no circuito psíquico representacional.

A autora distingue, assim, duas modalidades de memória:

uma forma memorável, que é, como vimos, a descrita como responsável pela construção da lembrança, onde teríamos as impressões deixando seus traços que, por sua condição de ligação, se inscreveriam como representações no aparelho psíquico e que, na sua organização, estão em transferência incessante, trabalhadas pela fantasia e pela interpretação; e outra, que alguns denominam imemorável, imutável e repetitiva, não ligada (Knobloch, 1998, p. 91).

Referindo-se a Fédida (*apud* Knobloch, 1998), que opõe uma memória narrativa a uma memória do infantil, mostra a autora que esta seria constituída por marcas que permanecem não representadas. O infantil não alude aqui à infância, mas às marcas inafiançáveis, “modalidades específicas de uma influência real que se exerce sobre a vida pulsional, durante toda a existência, sendo, neste sentido, sempre atual” (Knobloch, 1998, p. 92).

A ideia de memória do infantil está presente nas formulações de Ferenczi que, em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930/2011), supõe a existência de “*símbolos mnêmicos corporais*”, relacionados a estágios do desenvolvimento em que “não estando o órgão do pensamento completamente formado, só eram registradas as lembranças físicas” (Ferenczi, 1930/2011, p. 74). Os “símbolos mnêmicos corporais” se constituem como “lembranças físicas”, como se o corpo fosse o lugar do psíquico. O que é aqui agido, colocado em presença, é a própria dor decorrente de um excesso não representável (Knobloch, 1998).

De acordo com Knobloch (1998), Ferenczi pensa o trauma a partir da constatação de que o paciente “agiria a dor” devido à impossibilidade de representação. O que aparece na clínica nessas situações aponta para outra ordem, fora do campo representacional, e que tende a se *apresentar* justamente por sua referência a elementos não passíveis de representação. Trata-se de uma *atualização* do excesso, do traumático. Mas é preciso ressaltar que a ausência de conteúdo representativo não significa ausência de sensações e de afetos. Para Ferenczi (1931/2011) as reações do *infans* ao desprazer são sempre, e em primeiro lugar, de natureza corporal. Não há lembranças conscientes do desenrolar das coisas, mas apenas sensações, com tonalidade de prazer ou desprazer, e, também, reações corporais. “A ‘lembrança’ permanece imobilizada no corpo e somente aí pode ser despertada” (Ferenczi, 1932a/2011, p. 304). Complementa o autor que:

os eventos “psíquicos” do passado (infância) podem ter deixado para trás seus traços mnêmicos somente na linguagem gestual (corporal) incompreensível para o nosso consciente, sob a forma de “mnemos” orgânico-psíquicos; na época, talvez não existisse sequer o pré-consciente, apenas reações emocionais (prazer-desprazer) no corpo (traços mnêmicos *subjetivos*) – de modo que só são reproduzidos *fragmentos* de acontecimentos exteriores (traumáticos). Talvez apenas os primeiros momentos do traumatismo que ainda não puderam ser “recalcados” (deslocados para o corporal), em consequência do elemento surpresa (ausência ou atraso do contrainvestimento) (Ferenczi, 1932a/2011, p. 308).

Ferenczi propõe, portanto, outra forma de “conservação das vivências”, distinta da inscrição. Para Knobloch (1998), essa ideia teria sido desenvolvida a partir do que Freud anunciara com a noção de impressão visando a indicar aquilo que não chega a se inscrever. A marca traumática, como elemento não apropriado na história do sujeito, tende, então, a se atualizar. Deste modo é concebida uma dimensão do funcionamento psíquico situada fora do campo da representação e da temporalidade que a caracterizaria. Trata-se de uma memória corporal em que as sensações relativas a uma experiência não adquirem função de lembrança propriamente dita.

Sobre este ponto, Eliana Schueler Reis (2004) considera que a memória do corpo implica uma espécie de atualização das marcas e das sensações dispersas de vivências autoeróticas – atualização que se refere a uma dimensão pré-individual em que o eu ainda não oferece sustentação narcísica para a dinâmica pulsional. As alterações corporais sob um modo autoplástico de parcialidade autoerótica são da ordem da repetição das marcas traumáticas que ficam registradas como signos de percepção.

Acrescenta Ivanise Fontes (2002) que as somatizações são formas de funcionamento pré-verbal, resultado de um movimento de regressão a um tempo – dos primórdios do infantil – em que essas comunicações pré-linguísticas faziam parte da relação do bebê com o ambiente.

Há casos em que não subsiste traço mnêmico algum das impressões, mesmo no inconsciente, de maneira que as origens da comoção ficam inacessíveis pela memória. Nesse momento, é preciso retornar ao corpo, àquilo que podemos chamar de “memória corporal” do paciente, para tentarmos reconstruir uma história que não pôde ser rememorada (Fontes, 2002, p. 63).

Essa memória imobilizada no corpo somente poderá ser acionada na concretude do corpo. Assim, a questão da regressão ao autoerotismo deve ser aqui levada em conta. Na hipocondria, manifestação patológica onde as sensações ocupam o primeiro plano, a atualização dos elementos irrepresentáveis que permaneceram gravados na memória corporal se dá no plano do autoerotismo. É na experiência corporal autoerótica que esses elementos virão a ser atualizados, presentificados.

A memória corporal tem estreita relação com o traumático, campo do irrepresentável, só podendo ser despertada/acionada através de sensações, de manifestações somáticas. Este é um aspecto central em nossa pesquisa sobre a hipocondria. Mas como essa memória corporal se presentifica? Assinala Press (1999) que a impossibilidade de inscrição ocasiona um deslocamento para o plano da percepção. Seguindo esta pista, analisaremos como se dá a atualização da memória corporal via percepção.

### IV.3 – Percepção, tempo e memória

No que toca à hipocondria, a questão do perceptual é de fundamental importância. A percepção de um corpo sempre doente e ameaçado de morte nos interroga sobre a singularidade dos processos perceptivos que julgamos relacionados com a questão da atualização e da memória corporal. Vale retomarmos neste ponto os desenvolvimentos de Freud sobre a percepção em sua vinculação com a questão do tempo e da memória.

Em 1895, no “Projeto para uma psicologia científica”, Freud propõe três categorias de neurônios: 1) neurônios  $\phi$ , os quais são permeáveis e, portanto, não retêm traços, pois não têm barreiras de contato, permanecendo no mesmo estado anterior após cada passagem de excitações quantitativas; 2) neurônios  $\psi$ : têm barreiras de contato que só com dificuldade ou parcialmente permitem a passagem de certa quantidade de energia; seu estado muda após a passagem da excitação, favorecendo a possibilidade da constituição de traços mnêmicos. São neurônios portadores de memória e também dos processos psíquicos; 3) neurônios  $\omega$  que se comportam como órgãos de percepção, e neles não se encontra nenhum lugar para a memória. A transferência das quantidades de excitações de um neurônio para outro depende de uma característica temporal, denominada por Freud de “período”, atribuída às funções dos neurônios  $\omega$ .

Freud (1895d {1950 [1887-1902]}/1996) supõe que: “Os órgãos dos sentidos não só funcionam como telas de  $Q$ , a exemplo de todos os dispositivos de terminações nervosas, mas também como *peneiras*; só deixam passar estímulos provenientes de certos processos de um período particular” (p. 362). Os neurônios  $\omega$  se apropriam do período de excitação, sendo responsáveis pela criação da qualidade pelo aspecto da assimilação de um período de excitação.



Jacques Press (1999) sublinha aí dois pontos relevantes: 1) o papel do aparelho psíquico, em especial do aparelho de percepção, que introduz certa descontinuidade nas excitações; 2) o papel do aparelho psíquico, que consiste em transformar a quantidade em qualidade; são os neurônios  $\omega$  que darão qualidade aos processos psíquicos.

Em 1900, em outra tentativa de postular um modelo de aparelho psíquico, Freud traça uma sequência que vai da extremidade perceptiva até a motora. A extremidade perceptiva caracteriza-se por sua permeabilidade. Percepção e memória seriam funções não passíveis de realização pelo mesmo sistema. Há nesse esquema uma extremidade responsável pela captação sensorial e, a seguir, os sistemas mnêmicos. A consciência estaria na extremidade oposta à da percepção, aspecto que gera complicação para a teoria.

Além disso, Coelho Jr (1999) destaca a preocupação de Freud em apresentar, ao lado das percepções externas, o que ele denomina de percepções endopsíquicas. Isso revela a complexidade de suas concepções acerca da constituição e do funcionamento do psiquismo, e também o destaque concedido à realidade psíquica. Nenhuma novidade sobre a percepção e sua relação com a representação será introduzida por Freud em um longo período de aproximadamente uma década. Entretanto, com a introdução do conceito de narcisismo, a necessidade da formulação da segunda teoria pulsional, da segunda tópic e a releitura da questão do trauma, tornarão premente o retorno à questão da percepção.

A relação entre percepção, tempo e registro psíquico da excitação pulsional reaparece em “Além do princípio de prazer” (1920/1996) com novos aportes. Essa nova visada sobre a questão tem o intuito de dar conta, dentre outros objetivos, da reformulação da concepção de trauma e da necessidade de teorizar sobre a importância da recepção e do domínio dos estímulos pelo aparelho psíquico. Por isso se faz necessário repensar o sistema de proteção do aparelho psíquico diante das excitações externas e internas. A estrutura do sistema de proteção e recepção é descrita da seguinte forma:

Nos organismos altamente desenvolvidos, a camada cortical receptiva da antiga vesícula há muito tempo já se retirou para as profundezas do corpo, embora partes dela tenham sido deixadas sobre a superfície, imediatamente abaixo do escudo geral contra os estímulos. Essas partes são os órgãos dos sentidos, que consistem essencialmente em aparelhos para a recepção de certos efeitos específicos de estimulação, mas que também incluem disposições especiais para maior proteção contra quantidades excessivas de estimulação e para a exclusão de tipos inapropriados de estímulos (Freud, 1920, p. 38).

Dentre as disposições especiais desempenhadas pelos órgãos dos sentidos e, portanto, da percepção, para a proteção do psiquismo contra os estímulos, entrevemos sua relação com a questão temporal. Considera Freud que

nossa ideia abstrata de tempo parece ser integralmente derivada do método de funcionamento do sistema *Pcpt.-Cs.* e corresponder a uma percepção [autopercepção] de sua própria parte nesse método de funcionamento, o qual pode talvez constituir uma outra maneira de fornecer um escudo contra os estímulos (Freud, 1920/1996, p. 39).

Esse outro tipo de paraexcitação está ligado à descontinuidade do funcionamento do sistema *Pcpt-Cs*, elemento fundamental para o funcionamento do aparelho psíquico em sua atividade de representação. Sublinha Nelson E. Coelho Jr. (1999) que a percepção é caracterizada como possibilidade de reconhecimento, apreensão pelos órgãos dos sentidos, dos estímulos que atingem o organismo. Em contrapartida, a “interpretação” desses estímulos percebidos é realizada pelo aparelho psíquico.

Em 1925, em “Uma nota sobre o “Bloco Mágico” (1925[1924]/1996), Freud descreve o funcionamento do aparelho perceptivo tendo em vista sua relação com a memória. Utiliza o modelo do “bloco mágico” para exemplificar o funcionamento do sistema *Pcpt-Cs*. O bloco mágico é uma prancha de escrever na qual as notas podem ser apagadas com um movimento de mão. Sua estrutura pode fornecer, tanto uma superfície receptiva, como traços permanentes das notas feitas sobre ela.

No bloco mágico, apesar de a escrita ser apagada com o levantar da folha de celuloide, é possível descobrir sobre a prancha de cera, com luz apropriada, o traço permanente do que foi escrito. “O bloco fornece não apenas uma superfície receptiva, utilizável repetidas vezes como uma lousa, mas também traços permanentes do que foi escrito como um bloco comum de papel” (Freud, 1925[1924]/1996, p. 258). São duas partes ou sistemas componentes separados, mas inter-relacionados. Essa seria a maneira pela qual nosso aparelho mental desempenha sua função perceptual: o sistema *Pcpt-Cs* recebe os estímulos, mas não forma traços permanentes; estes se dão em outros sistemas contíguos.

Para apagar a escrita no bloco mágico há que se levantar a folha de celuloide, rompendo dessa forma o contato entre o papel que recebe o estímulo e a prancha de cera que preserva a impressão. De modo semelhante pode-se pensar que a percepção opera segundo inervações de catexia enviadas de dentro e retiradas em rápidos impulsos periódicos, para o sistema *Pcpt-Cs*, este, completamente permeável. Enquanto este sistema é catexizado, recebe percepções, acompanhadas da consciência, transmitindo a

excitação para os sistemas mnêmicos inconscientes. Quando a catexia é retirada, a consciência se extingue e o funcionamento do sistema se detém.

É como se o inconsciente estendesse sensores, via sistema Pcpt-Cs, voltados para o mundo externo, e os retirasse assim que tivesse classificado as excitações provenientes do mundo. As interrupções são atribuídas à descontinuidade na corrente de inervação e a ruptura do contato se dá com a não excitabilidade periódica do sistema perceptual. Acrescenta Freud: “Tive ainda a suspeita de que esse método descontínuo de funcionamento do sistema Pcpt.-Cs. jaz no fundo da origem do conceito de tempo” (Freud, 1925[1924]/1996, p. 259).

Para Press (1999), a existência dessa descontinuidade relaciona-se à questão da qualidade. O elo entre qualidade e a questão da temporalidade virá a ser abordado em “O problema econômico do masoquismo” (1924), onde prazer e desprazer não são referidos apenas à quantidade – aumento ou diminuição da tensão –, mas dependem de alguma característica do fator quantitativo, a qualidade. Esta diz respeito ao “ritmo, à sequência temporal de mudanças, elevações e quedas na quantidade de estímulo” (Freud, 1924, p. 178). Finalmente, em 1940 [1938], no “Esboço de Psicanálise”, Freud reafirmará que o que é sentido como prazer ou desprazer está relacionado ao ritmo das modificações da tensão.

Do que examinamos das elaborações de Freud, a descontinuidade do sistema Pcpt-Cs desempenha papel fundamental para a proteção do aparelho psíquico e para o funcionamento da atividade de representação, de inscrição de traços na memória, o que depende do ritmo/período. Este instala a descontinuidade no investimento do sistema Pcpt-Cs, agregando uma dimensão qualitativa à questão da quantidade.

No que concerne ao problema da percepção nos pacientes somáticos, Press (1999) sustenta que haveria incapacidade por parte do aparelho psíquico em investir o aparelho perceptivo de maneira adequada, daí as alterações decorrentes disso, tanto em sua função paraexcitante, quanto, em particular, na interrupção da temporalidade. As alterações no investimento descontínuo do aparelho perceptivo seriam resultantes do traumático. Vejamos como isso se dá.

#### **IV.4 – Pseudopercepção e trauma: marcas do congelamento do tempo**

A hipocondria evidencia que a ritmicidade (liga e desliga) no investimento do sistema Pcpt-Cs se encontra prejudicada. Em nosso entender, nestes casos há um

superinvestimento da percepção. Esses sujeitos mantêm atenção permanente sobre o corpo, mesmo que este não apresente dano orgânico que justifique tal vigilância apurada dos órgãos e funções corporais.

O superinvestimento do sistema Pcpt-Cs seria uma reação à falta de investimento defensivo capaz de proteger o psiquismo de um transbordamento pulsional. Quando os elementos não representados vêm a ser projetados no corpo, engendra-se um superinvestimento perceptivo para que o ego não seja submergido pelo retorno desses elementos, ameaça que no caso da hipocondria paira sobre o corpo. Por esta razão o espaço corporal é continuamente vigiado. A hipocondria assegura uma permanência no tempo presentificado, tempo do atual, pelo caráter contínuo da percepção das sensações corporais, já que o sistema Pcpt-Cs não pode ser desligado – o que colocaria o aparelho psíquico em risco de morte.

O que é percebido de modo insistente por esses sujeitos se ancora numa memória corporal, não se tratando, neste caso, de comprometimento orgânico. A temporalidade que permitiria a inscrição desses elementos como traços psíquicos fica paralisada/congelada. Tais elementos ficaram “enclavados” no registro da memória corporal. O apelo ao corpo constitui recurso-limite encontrado pelo ego para estar “em presença” desses elementos irrepresentáveis.

O superinvestimento da percepção corporal nos hipocondríacos e o alerta contínuo que eles mantêm sobre as menores modificações corporais nos aproximam do estudo de Figueiredo (2008) a propósito da fina capacidade de observação presente nos estados limites, e sua contrapartida, a ineficácia da transitividade dos elementos percebidos e armazenados.

Ele explora o termo *Verleugnung*, utilizado por Freud (especialmente em seus trabalhos sobre o fetichismo e psicose) e normalmente traduzido por “recusa”. Figueiredo trabalha com o termo *Verleugnung*, mas o traduz por *desautorização*, considerando-o como termo mais próximo da ideia de “interrupção de um processo pela eliminação da *eficácia transitiva* de um de seus elos” (Figueiredo, 2008, p. 59). O que se recusa não é uma dada percepção, mas o que vem ou viria depois dela, ou seja, a eficácia de seu caráter transitivo. A recusa remete a uma dimensão temporal e processual do psiquismo; é o trabalho psíquico que fica impedido.

Em 1924, no texto “Neurose e psicose” Freud indicara que é sempre possível obter novas percepções a partir de percepções atuais, ou seja, uma percepção atual tem a capacidade de dar lugar a outras percepções, de renovar-se, de fazer trânsito. Neste caso

a recusa se dá sobre a admissão de novas percepções: “o que é desautorizado refere-se à capacidade de uma *percepção transitar para outras conservando certa continuidade*” (Figueiredo, 2008, p. 61). A percepção é desautorizada a propiciar ou exigir outros passos na cadeia psíquica.

Sob o impacto da desautorização a percepção não perde o significado, mas a significância; foi retirada de uma rede de associações para ser preservada como “quase-coisa”. Certos elementos não podem ser integrados no fluxo psíquico por terem perdido sua capacidade de metaforização. Ou seja, na continuidade do que estamos desenvolvendo, é como se o processo de retranscrição dos signos de percepção em traços psíquicos, estivesse bloqueado. Esta seria uma das razões de os hipocondríacos permanecerem atrelados ao registro da memória corporal e, como temos sustentado, à temporalidade do atual.

Para esclarecer a ideia de desautorização, o referido autor pontua que uma percepção implica dois momentos de síntese, e que haveria entre eles um momento de desfazimento. O primeiro momento corresponde ao da síntese, que gera formas, delimita e dá figurabilidade a algo, contrariando a dispersão sensorial. Se esse fechamento não puder ser desfeito, o processo de percepção se interromperá gerando graves consequências.

O segundo tempo do processo, oposto ao da síntese, é o desfazimento, que permite abrir as figuras fechadas. Ele faz com que as figuras percebidas se articulem com outras – na linha do tempo e em termos de um processo transitivo contínuo. No terceiro momento opera-se a segunda síntese, dando continuidade, transitividade e fluência ao processo perceptivo. É nesse processo que cada percepção se torna significativa.

Em nosso entender, a problemática da hipocondria, com sua fixação insistente na convicção da existência de uma doença física e negação de qualquer desmentido sobre esse suposto estado de enfermidade física, encontra sua base justamente na interrupção da passagem da primeira síntese para o desfazimento. O sujeito hipocondríaco permanece fechado num autocratismo da doença, e a abertura que poderia possibilitar uma mudança em sua crença necessitaria da interrupção do segundo momento processual da percepção, aquele do desfazimento, capaz de operar mudança em sua convicção.

Segundo Figueiredo (2008), a percepção adquire autorização e eficácia quando capaz de acionar trilhas de redes associativas. Já a desautorização obstrui o caráter

processual e transitivo da percepção – sua significância – sem destruir, no entanto, a primeira síntese (seu significado), podendo esta adquirir maior força. Interromper o processo de percepção já implicaria “desperceber” algo de essencial. Além disso, toda “despercepção” exige a construção de substitutos: uma “pseudopercepção”.

Ao contrário das percepções que se inscrevem em cadeias e circulam nas redes associativas, uma pseudopercepção tem como finalidade *interromper a marcha do psiquismo*, congelando-se em uma forma muito nítida, intransitiva e de caráter defensivo. Ela pode, portanto, dada a sua nitidez, ter a aparência de uma “superpercepção” (Figueiredo, 2008, p. 67).

Para explorar a noção de pseudopercepção, o autor convoca o modelo do fetiche. Em 1927 Freud havia proposto que na instauração do fetiche opera-se processo semelhante à interrupção da memória na amnésia traumática: o interesse do sujeito se interrompe no meio do caminho e o que se retém como fetiche talvez seja a última impressão anterior à traumática. Interessante notar que a concepção processual e transitiva é aqui atribuída à percepção e à memória.

Desse modo, a concepção do fetiche apresenta duplicidade paradoxal: em primeiro lugar, a alucinação negativa da falta – não se vê o que está lá por se tratar de uma ausência; em segundo lugar ele é, ao mesmo tempo, uma percepção ultrapositiva e nítida de um objeto. Para preencher a ausência, deve haver um excesso na percepção do fetiche. A pseudopercepção, essa atividade de suplementação, é exigida como contraposição à desautorização que cria as faltas a serem preenchidas com os excessos. O fetiche, esse ultraobjeto, parece cumprir bem suas funções de fixar a atenção e de não deixar que se progrida na direção de um risco traumático.

Nos lugares abertos pelas falhas autogeradas, criam-se pseudopercepções, lembranças recorrentes, relatos imutáveis através dos quais um determinado saber se erige como obstáculo ao processo de transformação. Nas pseudopercepções concentra-se um saber intenso, fascinante, quase hipnótico, deixando o sujeito como que assolado pela escuridão gerada por um excesso de luz. As pseudopercepções têm nitidez impressionante, mas, ao mesmo tempo, são desvitalizadas e, portanto, estáticas. Têm um significado tão intenso e definido que ficam congeladas e destituídas de transitividade e significância. Interrompem o progresso da percepção exatamente no limite do traumático.

Consideramos que também no caso da hipocondria a percepção de um dano/alteração física torna-se uma espécie de fetiche e, neste sentido, implica a formação de uma pseudopercepção. As manifestações hipocondríacas se constituem

como defesa extrema diante da ação interna do traumático, interrompendo o processo de desorganização do ego, já que este aciona o mecanismo de projeção de elementos irrepresentáveis para a esfera do corpo. As sensações de alteração corporal assumem o lugar da ausência de representação ao mesmo tempo em que retém a atenção sobre elas, evitando o contato com o mundo interno.

Com a desautorização da circulação da percepção até o inconsciente, esses elementos ficam retidos no âmbito do sensório, ligado à memória corporal. Na desautorização da percepção, a impressão, submetida a essa operação, isola-se do processo perceptivo e de suas conexões com os processos mnêmicos e de simbolização. Pensamos que a queixa de corpo doente e o superinvestimento desta pseudopercepção travam a transitividade dos processos perceptivos no que diz respeito à sua retranscrição/transformação em traços psíquicos no inconsciente.

O “órgão-fetice” fixa a atenção sobre o corpo, gerando aí um excesso de luz. Esse conhecimento radical e insistente sobre o estado corporal a que estão submetidos, deixa os sujeitos hipocondríacos como que congelados, hipnotizados por esse saber. Trata-se de uma nitidez exacerbada, como desenvolveremos a seguir.

#### **IV.5 – O caráter literal e “ultraclaro” das sensações hipocondríacas**

As alterações corporais das quais se queixam os hipocondríacos se referem a uma pseudopercepção erigida a partir da desautorização do processo perceptivo no sentido processual. Os elementos que não puderam ser inscritos no psiquismo como traços mnêmicos, foram, no entanto, conservados na memória corporal, como signos de percepção. Permanecem, então, numa camada mais próxima do registro da percepção. O sistema Pcpt-Cs atualiza, “colocando em presença” de maneira contínua os elementos não representados.

Laplanche (2007) julga que esses elementos não inscritos e, portanto, não traduzidos, teriam permanecido “à flor da consciência”. Seriam mantidos, por uma fina camada de defesa consciente, funcionando segundo um modo operatório. Daí a criação das “teorias médicas” pelos hipocondríacos para dar conta das sensações que os assolam. Trata-se de um sistema aparentemente lógico de descrição médica dos estados do corpo físico. Mas é o contínuo acionamento do sistema Pcpt-Cs que faz com que esses sujeitos fiquem capturados pela nitidez e clareza de um corpo “dissecado”, posto a

nu, já que falham os recursos simbólicos que poderiam permitir certo recobrimento, a transformação das sensações em representações.

Esse aspecto da questão nos leva a abordar a ideia de transparência, proposta por Fédida (1972, 2002, 2009) a propósito da hipocondria. Haveria na hipocondria uma “transparência do corpo na consciência”. Para explorar essa dimensão, utiliza a melancolia como paradigma. O foco de sua análise centra-se na questão do luto e da melancolia, mas alguns dos pontos levantados são esclarecedores em nossa reflexão.

Na melancolia há diminuição extraordinária do sentimento de estima do eu, empobrecimento devido ao trabalho de “desenterro” das faltas do passado, indignidades e malfetorias das quais esses sujeitos se veem revestidos. A repetição fastidiosa da queixa melancólica se dá como atualização de um saber totalitário de si, expressão de especial lucidez da consciência ou expressão de um conhecimento radical de si.

O melancólico é sem pudor e sem vergonha; ele se coloca a nu, demandando ser visto segundo a verdade do que ele seria. Para Fédida (1972) a “transparência de si na consciência” é, sem dúvida, a pior das resistências ao inconsciente. O melancólico não escava para encontrar seu cadáver – no sentido da cruel nudez – senão sob a condição de sua substituição, na qual a queixa moral seria um álibi de uma queixa endereçada ao objeto perdido. O melancólico cria a alegoria de seu próprio cadáver psíquico ou moral para dissimular o que ele devora – o objeto eleito via assimilação canibalesca. O consumo por incorporação canibalesca do objeto permite o conhecimento de si, o saber de si na verdade de possuir essa acuidade e intensidade lancinante que reconhecemos em uma insônia da consciência e em sua lucidez.

Pensamos que a hipocondria tem semelhança clínica com a melancolia: há desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, um investimento exclusivo sobre o órgão doloroso. A repetição fastidiosa da queixa somática na procura perpétua pelo testemunho médico e o desmentido da saúde, permite caracterizar a hipocondria como uma “melancolia do órgão” (Fédida, 1972, p. 231). Ela seria o efeito, pela dor (devido ao hiperinvestimento narcísico do corpo), da “transparência do corpo na consciência” ou ainda expressão de um corpo tornado mau espírito na insônia da consciência.

Diferentemente do melancólico, o hipocondríaco vive o conhecimento de si não como condição de constituição de um saber de sua verdade psicológica ou moral, mas como descoberta de um corpo em estado de modificação, ferido, doente. O hipocondríaco é assombrado pela dor, associada à modificação do órgão (projeção do eu



modificado pelo trauma). A insônia do hipocondríaco é guardiã do órgão doente e de seu sofrimento.

A transparência do corpo na consciência e, portanto, o conhecimento radical de seu estado somático parece dar ao hipocondríaco uma segurança ilusória de controle de seu estado de passividade. Entretanto, ele vive uma verdadeira insônia de seu corpo tendo perdido a capacidade de sonhar. O hipocondríaco fracassa justamente onde o sonho tem êxito em sua obra de plasticidade de imagens, produzindo constantemente modificação dos órgãos de modo simbólico. Devido à perda da capacidade de sonhar, ele utiliza a doença orgânica como garantia de sobrevivência: é preciso vigiar esse corpo agonizante para garantir a sua existência. O hipocondríaco exibe um corpo exposto, dissecado numa *transparência* sem pudor e sem vergonha. A transparência triunfante do corpo na consciência, própria do “médico hipocondríaco”, é uma espécie de defesa contra as angústias de aniquilamento, de morte.

Para Fédida (2009), as angústias de morte são correlativas de uma insônia da consciência/do pensamento, nesta buscando uma espécie de representação da integridade corporal através da forma endoscópica de uma auto-observação somática. A falha nessa vigilância pode desencadear a morte (psíquica). O psíquico é o instrumento da autoescopia do órgão, é o instrumento hipocondríaco da percepção dos estados do corpo. As sensações hipocondríacas asseguram a garantia de uma integridade.

A queixa que entoa o marasmo de um pesadelo vivido incessantemente no estado de vigília e que não chega a exprimir um afeto numa lamentação íntima, traduz a dessubjetivação da experiência do corpo (Fédida, 2009). Esta está em consonância com a perda da capacidade de sonhar, de figurar simbolicamente o corpo, deixando o sujeito preso numa lógica literal, literalidade que pode ser percebida na fala analítica desses sujeitos sobre o seu estado somático; trata-se de uma “fala do órgão”, como nos adverte Freud (1915a).

A literalidade comporta caráter “ultraclaro”, tem relação com o traumático, com a impossibilidade de representação. Segundo Maldonado e Cardoso (2009), a literalidade é a marca do traumático, fazendo com que esses elementos se apresentem como “clarão” insuportável, hiper-real, sem mediação e, portanto, sem possibilidade de esquecimento. O traumático revela um perfuramento do sistema paraexcitação que virá a se apresentar de forma “ultraclara”, sem possibilidade de encobrimento. “Quando se rompe o sistema ‘para-excitação’, rompe-se também a tela protetora da fantasia que teria a função de encobrir, revestir o horror” (Maldonado & Cardoso, 2009, p. 54).

Para Borges (2012), o literal se deve à ausência de representação que o constituiu assim como a fixidez de seus elementos revela um passado que se cristaliza como presente absoluto. A literalidade diz respeito às experiências que não se inscreveram no registro das representações, permanecendo no psiquismo sob a forma de marcas, signos de percepção. Por sua literalidade e clareza, esses elementos constituem uma “hiperlembança”, ao contrário das lembranças encobridoras. Apresentam tonalidade mais próxima do afeto e da percepção do que da representação e do simbólico.

A atenção vigilante é formadora da auto-observação e participa da memória das sensações dos órgãos, a qual se impõe para evitar o esquecimento gerador da saúde e da disponibilidade do pensamento aos investimentos exteriores. A contínua atividade da consciência nesses casos indica que nada se manteria da existência se o esquecimento fosse possível (Fédida, 2003). A sobrevivência fica atrelada à atividade da consciência. A consciência das alterações corporais na hipocondria está justamente a serviço desse “guardar a existência”.

A questão da sobrevivência – física e psíquica – é da ordem da urgência. A sobrevivência do corpo físico é a garantia da existência psíquica, mesmo que esta esteja intimamente atrelada a uma existência corporal, como nos dá mostras a hipocondria. O corpo do hipocondríaco é ruidoso em sua demanda de cuidado e atenção sempre vigilante.

Na hipocondria, a realidade a ser investida – e para a qual a atenção e a percepção devem sempre funcionar como radares – é a realidade da modificação/alteração corporal. Dá-se um sobreinvestimento do externo, já que o corpo pode assumir estatuto de exterioridade em relação ao eu. Através da projeção sobre o corpo dos elementos não representados, a hipervigilância atua no sentido de garantir sua permanência no exterior-corpo, já que não puderam ser integrados no ego e se constituem, além disso, como ameaça de desorganização do psiquismo.

#### **IV.6 – Testes de realidade: atualização contínua da vigilância**

A necessidade de manter distância em relação aos elementos traumáticos que ameaçam o ego de desorganização faz com que o sujeito fique capturado numa hipervigilância exacerbada, via percepção contínua do corpo. Tal aspecto nos leva a

investigar a instalação do senso de realidade nesses casos, onde o corpo é sempre frágil e ameaçado de ser atacado por um mal.

Para realizar tal tarefa vamos abordar o trabalho de Figueiredo (2004) sobre os testes de realidade nos estados limites. Sua hipótese é que neles os testes de realidade se repetem e não esmorecem, podendo se tornar muito frequentes. O autor parte, então, do que estaria em jogo nas provas de realidade a que o psiquismo deve se submeter em seu funcionamento saudável.

Apoiado nas elaborações de Freud e Ferenczi, ele ressalta a importância da distinção entre “teste de realidade” e “senso de realidade”. Ao se constituir um “senso de realidade” (externa e interna) os testes de realidade deixariam de ter a função de discriminar fantasia e percepção.

O senso de realidade, em resumidas palavras, é a aceitação de que parte da experiência está fora de nossa área de controle onipotente sem que com isso se torne inimiga e hostil. No entanto, o que justamente parece faltar a certos pacientes difíceis é a boa instalação de um senso de realidade, mantendo-se doses de onipotência indomável muito significativas. Os testes de realidade, nestas condições, parecem se tornar, de um lado, mais cruciais e, de outro, mais ineficazes, não produzindo e nem garantindo ou alimentando, justamente, um senso de realidade bem estabelecido, nem sendo por este sustentados (Figueiredo, 2004, p. 509).

Essas ideias lhe permitem repensar a problemática da psicose em sua relação com a realidade. Freud considerou que na psicose haveria uma “perda da realidade” sempre que esta se mostra incompatível com a onipotência da vida pulsional e dos desejos. Entretanto, Balint (1942, *apud* Figueiredo, 2004) questiona essa tese a partir, por exemplo, do caso de uma mulher supostamente esquizofrênica. Ao contrário de uma ruptura, a paciente mantinha relações estreitas com o mundo externo. O que mais chamou a atenção de Figueiredo (2004) no relato de Balint foi a frequência com que os testes de realidade precisavam ser efetuados. A aposta terapêutica de Balint visava criar melhores condições para a realização mais frequente dos testes de realidade de modo a ajudar a paciente a discriminar entre as alucinações auditivas e os sons efetivamente ouvidos. O que faltava, no entender de Figueiredo (2004, p. 509) “era justamente a instalação de um senso de realidade que tornasse os testes de realidade tanto mais satisfatórios quanto mais desnecessários”. Quando se está bem quase nunca é necessário realizar testes de realidade, porque o sujeito dispõe de um senso de realidade estabilizado.

O autor também se utiliza das elaborações de dois psicanalistas americanos, Robbins e Sadow, que diferenciam o teste de realidade, com a função básica de

diferenciar interno e externo, do que eles denominam “processamento de realidade”. Trata-se de um estágio mais avançado de contato, conhecimento e adaptação à realidade. A hipótese de Figueiredo (2004) é a de que

quando o processamento de realidade não pode ser efetivado permanentemente (porque encontra obstáculos e é interrompido), os ganhos dos testes de realidade são perdidos e eles precisam ser refeitos continuamente, mantendo-se sempre ineficazes, insatisfatórios e mesmo perturbadores (Figueiredo, 2004, p. 509-10).

Quando o bom estabelecimento do senso de realidade fica comprometido, os testes de realidade devem ser continuamente realizados. Entretanto, tendem, a longo prazo, a fracassar por não ter havido a constituição de efetivo senso de realidade que pudesse dar suporte aos resultados dos testes, tornando-os toleráveis e assimiláveis. A desautorização ataca o senso de realidade, interrompendo o processamento de realidade.

Segundo a perspectiva freudiana, o teste de realidade comporta uma temporalidade, pois é necessário um tempo de suspensão de resposta para que se efetue o confronto entre fantasia e realidade percebida. Além disso, é necessária a renúncia ao prazer imediato, o que só ocorre quando há esperança de satisfação futura. A suspensão da descarga e a esperança implicam o tempo, tolerância a um tempo de espera para obter a satisfação daqui a pouco, mais tarde, no futuro.

É o senso de realidade que conforma este espaço e tempo ampliados e multifacetados dentro dos quais se situam os lugares e os momentos que dão aos testes de realidade uma perspectiva temporal e permitem que eles se desdobrem em um processamento contínuo da realidade (Figueiredo, 2004, p. 514).

Quando os testes de realidade se fazem necessários, mas ao mesmo tempo ineficazes, há interrupção de sua transformação em um processamento de realidade contínuo. Na ausência de um senso de realidade bem estabelecido, o contato com a realidade, que seria promovido pelos testes de realidade, torna-se fator de turbulência e oscilação e os ganhos que proporciona acabam gerando sofrimento. A realidade não encontra espaço e tempo internos para sua instalação, tornando-se excessiva, traumática, incompreensível, persecutória, fonte de ameaça de aniquilamento.

Por nossa parte, consideramos que na hipocondria não há adequada instalação do senso de realidade, já que a experiência que está fora do controle do eu é considerada hostil. Deste modo, há doses significativas de onipotência narcísica as quais tornam a realização dos testes de realidade cruciais, mas, ao mesmo tempo, ineficazes, pois precisam ser refeitos de modo contínuo por não produzirem nem garantirem o bom estabelecimento do processamento e do senso de realidade. Os testes de realidade são

efetuados frequentemente para discriminar interno e externo, mantendo os elementos ameaçadores no exterior, a certa distância do eu. No caso da hipocondria, essa exterioridade se situa no espaço corporal.

A convocação do corpo nesses casos está a serviço da autoconservação narcísica. As “teorias médicas” dos hipocondríacos sobre os estados do corpo são criadas para tentar apreender, dominar o inapreensível pelo ego diante da irrupção do excesso traumático. O corpo se constitui como objeto de investigação, posto que nele se “encarnaram”, via projeção, os elementos não representados. Os estados de consciência e atenção alargados possibilitam alto grau de lucidez e clareza, permitindo um conhecimento radical sobre o que se passa no espaço corporal, fonte de ameaça para o eu. Trata-se de conhecer, tornar familiar esse estrangeiro que se apossou do corpo. Nessa estratégia de sobrevivência, “onde a vida se defende no corpo”, o superinvestimento do órgão doente do hipocondríaco tem função de manter um capital narcísico elementar, onde o eu é corporal, condição fundamental de autoconservação.

Apesar da frequência da realização dos testes de realidade para que os elementos traumáticos permaneçam no espaço corporal, ainda assim a falta de efetiva instalação do senso de realidade faz com que os hipocondríacos sejam constantemente ameaçados pelo retorno dos enclaves, das marcas traumáticas. Tal configuração nos conduz à questão da angústia de morte, entrecruzada, de modo direto, com a dimensão de “atual”, insistente, como temos demonstrado, na hipocondria.

#### **IV.7 – Angústia de morte, tempo do desespero**

Na hipocondria não há tempo de espera, mas, sim, uma temporalidade da urgência, do atual, do desespero, da angústia automática. Sendo efetuado de modo contínuo, “sempre ligado”, o teste de realidade faz a vigilância contra o retorno do traumático, mantendo esses elementos sempre no exterior. O hipocondríaco é assolado por angústias de morte diante de sua permanente desconfiança em relação ao corpo, convicto de que algum mal mortal tenha nele se instalado. A angústia do hipocondríaco acerca de seu corpo doente, em sua suposta iminência de morte configura uma situação de desespero.

No primeiro capítulo de nossa tese, indicamos que, em suas formulações da segunda teoria da angústia, Freud (1926/1996), passa a conceber que a reação automática de angústia estaria presente na etiologia das neuroses atuais. Tratar-se-ia de

uma reação do ego diante do trauma, portanto, de uma angústia de aniquilamento experimentada na concretude do corpo, uma vez que os recursos psíquicos de processamento da excitação são postos fora de ação pela falta do sinal de angústia.

Com Freud entendemos que a angústia automática se articula com o estado de desamparo que, em nossa leitura, concerne à situação de passividade originária. Deste modo, a angústia nas neuroses atuais e, portanto, na hipocondria, seria uma reação automática à irrupção de um pulsional traumático, estado de passividade egoica diante de excesso pulsional.

Roussillon (1999) considera a angústia automática em termos de “angústia-desenvolvimento” ou “de transbordamento” em contraposição à angústia-sinal de alarme. Mostra que, ao situar a angústia na categoria dos afetos, Freud (1926) acaba por incluí-la nos sistemas de autoinformação do eu. A angústia autoinforma o eu da maneira como este é afetado pelo que se dá em seu seio ou em suas fronteiras. Assim, o afeto seria sempre um sinal para o eu.

A angústia-transbordamento marca o estado de desorganização em curso; marca o que já tem e já teve lugar, obedecendo ao modelo teórico do trauma de 1920. Porém, confrontado com a angústia, a tarefa principal do eu é a de organizá-la como sinal preventivo. A angústia-sinal tem a função de prevenir/antecipar ao eu a ameaça de desorganização e, para tal, opera-se um trabalho egoico no sentido de transformar a experiência anterior traumática em sinal preventivo. A angústia-sinal pressupõe a internalização da experiência traumática, afastando das fronteiras internas do eu a ameaça de transbordamento. Ela concede ao eu o tempo necessário para que uma ação específica “adaptada” seja engendrada, tempo de escolha, de abertura à conflitualidade.

Na angústia-transbordamento a ameaça de desorganização é sem demora e arbitrária. Em contrapartida, na angústia-sinal de alarme o trabalho do eu permite que se ganhe o tempo de processar o que geraria, internamente, o estado desorganizador, evitando-se, assim, o risco do transbordamento.

A transformação da angústia-transbordamento em angústia-sinal não resulta de simples processo de retorno por meio do qual se operaria uma interiorização, mas promove significativa redução das intensidades onde o sinal deve ser apenas de desprazer e não de ameaça à organização do psiquismo. Essa redução da intensidade pressupõe que um trabalho tenha sido realizado pelo eu, trabalho de ligação da energia pulsional.

Mostra Freud (1920) que, diante dos efeitos da efração do sistema de paraexcitação, o eu mobiliza contracargas para barrar a desorganização, contrainvestimento energético capaz de limitar a efração. Entretanto, esse contrainvestimento pode não ser suficiente para que se constitua um verdadeiro sinal de alarme. A angústia-sinal comporta ligação, constituição de traços que funcionam como sistema de autoinformação para o eu, de modo que ele possa se antecipar e empreender defesa ante a possibilidade da irrupção do excesso pulsional.

Sobre este tópico, o autor se aproxima de Winnicott, particularmente de seu conceito de agonia, em suas elaborações acerca da angústia sem sinal de alarme. O estado de agonia indica precisamente a falência da organização representativa. Para Winnicott (1975) esta falência decorreria da imaturidade do eu no momento da experiência cataclísmica. Tratar-se-ia, no caso, de experiências arcaicas que atingem o eu nascente do sujeito em um estágio no qual sua organização psíquica não era capaz de enfrentar a experiência, nem mesmo de nela permanecer presente. Para Roussillon (1999) isso impediria a constituição posterior do sinal de alarme.

A agonia primitiva tem as seguintes características: é extrema, sem fim (os organizadores temporais ainda não estão constituídos), sem limites (resulta de uma desorganização) e sem saída. O ego teria tido que se retirar da experiência para sobreviver à morte psíquica. No lugar de dominar o trauma, o ego se retira da experiência traumática, via mecanismo da clivagem. Essa retirada, segundo o modelo de um desinvestimento protetor, é uma tentativa de estruturação de uma defesa. Está aqui em jogo uma inversão do eixo passivo-ativo, própria a esse movimento de retirada da experiência (Roussillon, 1999).

Winnicott (1975) sublinha a necessidade do eu em colocar no presente a experiência agonística, de atualizá-la. Partindo dessa ideia Roussillon (1999) acrescenta que a defesa contra o retorno da agonia, via inversão do eixo passivo/ativo, cria um estado em que a agonia se faz sempre presente, mas interditando, ao mesmo tempo, o acesso subjetivo a essa experiência. Esta defesa implica o apagamento da historicidade e da causalidade do traumatismo, tornando difícil o acionamento do sinal de alarme.

A crença que mina o futuro do sujeito concerne a um evento passado não simbolizado no momento do vivido, nem verdadeiramente simbolizado num segundo tempo (*a posteriori*), pois o sujeito não estaria mais presente para experimentar a vivência. A presentificação/atualização do “traumatismo perdido” deve, portanto, ser compreendida como apelo ao outro, no sentido de este poder auxiliá-lo a encontrar uma

saída: tornar passado, historicizar o trauma que, de outro modo, leva a se manter sempre no tempo presente/atual.

No estado de agonia e na angústia automática temos um tempo sem espera, tempo do desespero. A angústia-sinal de alarme está fora de questão aqui, não tendo sido possível para o ego emitir o sinal de angústia, por não dispor de um sistema autoinformante de traços que lhe precavesse da irrupção pulsional. O tempo de espera para a realização do trabalho de ligação não se revelou possível.

Para Roussillon (2002) o desespero se dá pelo fato de a experiência vivida no presente não ter sido representada como reedição do passado esquecido. Ela permanece atual, presente, vivida “fora do tempo”. Remete à temporalidade do arcaico, a qual não conhece o limite, o relativo, o tempo; dá-se no absoluto de um eterno presente. Quando reativada, apresenta-se de novo com as mesmas características, com o mesmo caráter absoluto, sempre como atual, sem fim, sem esperança, sem tempo. Não se trata aqui da intemporalidade própria ao inconsciente, mas de uma experiência arcaica antecedente à organização da temporalidade subjetiva propriamente dita. Assim, ocorre o enquistamento histórico da experiência.

O tempo do desespero é subjacente à lógica da compulsão à repetição, afirmativo de não haver nada a esperar (André, 2002). Para Golse (2002) o desespero é uma reação ativa, uma luta ativa, uma fase de apelo, mas que, paradoxalmente, se situa do lado da vida. É um último combate antes da morte psíquica. De nossa parte, entendemos o desespero do lado de uma reação ativa pela sobrevivência psíquica. Segundo Jacques André “enquanto há desespero, há vida” (*apud* Golse, 2002, p. 35). Pensar o desespero como reação ativa, enquanto luta pela sobrevivência psíquica, mesmo quando regida pela lógica do automatismo e da atualização presentificada, implica a inversão do eixo passivo em ativo.

Na hipocondria, a clivagem e a projeção no corpo comportam caráter ativo, assim como o próprio automatismo que atualiza o vivido traumático. O eu abre mão de uma parte de si para proteger o restante. Porém, quando o corpo, através da projeção, assume o lugar do eu, o presságio, a agonia não se extingue, apenas muda de lugar, ou seja, do interior, passa para o exterior. O corpo passa a ser ameaçado de aniquilamento, sob constante ameaça de doença, de contaminação, de um tumor... A causa da agonia torna-se externa, dificultando o acesso subjetivo à experiência e à possibilidade de historicizá-la.



A queixa do hipocondríaco é centrada nas sensações e na história/histórico da doença da qual o paciente se ausenta, pois ela se daria, segundo o seu vivido subjetivo, à sua revelia, deixando-o incapacitado de seguir sua vida e fazer correr o curso de sua história. Vivenciar a angústia de morte no corpo, tal como ocorre na hipocondria tem, como paradigma, o estado de desamparo do bebê o qual, diante da ausência de recursos psíquicos para lidar com o pulsional, experimenta angústia de aniquilamento em seu próprio corpo. A angústia corporal do hipocondríaco constitui um dos modos mais arcaicos de vivência da experiência de morte que aqui se dá na concretude e no imediato do corpo. Quando o próprio eu ainda não está constituído como instância psíquica e as marcações temporais não se estabeleceram, todas as vivências ficam impressas no registro do corpo, campo da memória corporal.

#### **IV.8 – A eterna atualização do mesmo**

Repensando a lógica do “atual”, vimos como a hipocondria estaria atrelada à angústia automática, de morte, vivenciada na concretude do corpo. Na falta da angústia sinal, que poderia possibilitar algum trabalho do eu em relação às excitações, instala-se o tempo do desespero.

À luz do modelo de 1920, a questão da “atualidade” nos permitiu aprofundar as nossas ideias sobre as manifestações hipocondríacas. Para além de uma causalidade atual na deflagração da hipocondria, a dimensão do “atual” concerne a essa temporalidade própria ao traumático, temporalidade de um presente que não passa, que não vira passado, fazendo com que os elementos não representados sejam sempre atualizados, compulsivamente presentificados. A convocação do corpo e as sensações que dele emanam estão a serviço da perpetuação desse tempo cuja história foi suspensa.

As formações hipocondríacas concedem atualidade aos elementos irrepresentáveis. A lógica hipocondríaca produz sintomas dessubjetivados, desprovidos de um trabalho de simbolização e sem elo com a história subjetiva e a memória (Brusset, 2002). Diante da falta de historicização, permanece a atualidade da sensação e a história da doença da qual se ausenta o doente. O atual seria negador de um passado sempre presente e intransponível.

O que é atualizado no plano das sensações é a angústia de morte em relação ao corpo. O perigo iminente de morte, *apresentado* pela doença grave da qual esses pacientes estão convictos de terem sido acometidos, levou-nos à relação entre angústia e

trauma. Na hipocondria a doença anuncia a morte, mas o cuidado vigilante do órgão – a contínua percepção dos estados do corpo e realização dos testes de realidade assegurados pela onipotência narcísica – produz uma permanência no tempo do atual, tempo presentificado, tempo de sobrevivência. Seria uma espécie de “trunfo” sobre a morte?

O hipocondríaco duvida de sua saúde, suspeitando que seu corpo tenha sido atingido por algum mal. Ressalta Combe (2010) que essa atitude participa de nossa humanidade, aquela de nos saber mortais, isto é, estamos em vida num corpo vulnerável. A dúvida hipocondríaca evidencia a presença da sensibilidade à vulnerabilidade humana. Na hipocondria alguma coisa relativa à finitude figura-se como angústia diante do corpo. A angústia hipocondríaca suscita sentimento de imobilidade. O estado de vulnerabilidade faz com que o ser se defronte com a mortalidade. E isso o hipocondríaco sabe bem: “atenção: mortalidade no horizonte” (Combe, 2010, p. 63. A tradução é nossa). Apesar de sua condição mortal, o hipocondríaco almeja a eternidade; entretanto, esta se configura como suplício, como eterna atualização do mesmo.

Suspender o tempo, conforme sublinha Isée Bernateau (2010), é uma maneira de conjurar o inelutável da morte; fantasia narcísica de eternidade na qual está subjacente esse tempo suspenso dominado pela morte. Ao se situar fora do tempo, congelando toda temporalidade, recusa-se a excitação traumática. Se o tempo é congelado, petrificado, então nada pode advir, nada pode se desenrolar; há recusa de movimento.

Assim é Narciso, contra todos os remanejamentos, a favor da imobilidade. Para Jacques André (2008) se Narciso está fora do tempo não é por ser intemporal, mas por ser eterno. Ao contrário da intemporalidade, o tempo está no princípio da eternidade, a vida eterna afirma um tempo fora do tempo, um presente contínuo, sem começo nem fim – especialmente sem fim. “A morte e a eternidade são como frente e verso da mesma folha, o que as opõe é o que as reúne” (André, 2008, p. 165). A morte inventada por Narciso é a sua própria morte quando impõe ao tempo a forma da compulsão, da destrutividade. O tempo narcísico nasce da impotência. E a onipotência narcísica é justamente reação frente à impotência egoica diante do transbordamento pulsional, inversão da passividade em atividade, clivando e projetando no corpo a ameaça de morte via compulsão à repetição, via atualização contínua de sensações corporais.

A contínua presentificação e atualização da sensação de ameaça ao corpo na hipocondria não deixa de ser um recurso narcísico para fazer frente à morte: onipotência narcísica de imortalidade que faz o tempo parar para evitar a morte anunciada através da

doença corporal. A hipocondria se configura como tentativa de congelamento do tempo engendrada por um superinvestimento narcísico do órgão. Deste modo, permanece a atualidade da sensação em detrimento da historicização. Permanência no tempo do arcaico. O mais antigo no tempo é da ordem do primitivo, o que está mais próximo da percepção. A temporalidade do atual “carrega o traço da *infantia*, de um ‘tempo’ anterior ao tempo, quando este ainda não estava psiquicamente constituído” (André, 2008, p. 165).

A hipocondria se constitui como atualização de um modo de funcionamento arcaico, acionado diante da irrupção do traumático, a partir do qual, para sobreviver, o ego atualiza seu modo de existência elementar e primordial.

## Considerações finais

Partindo das contribuições de Freud percebemos que os sintomas hipocondríacos podem estar presentes em distintos quadros da psicopatologia psicanalítica, aspecto que já revela toda a complexidade e dificuldade do tema que nos propusemos a investigar. Freud havia situado a hipocondria no grupo das neuroses atuais cuja etiologia estaria supostamente relacionada a uma perturbação sexual ligada a um momento presente/atual, no contexto da maturidade sexual. Considerara que os fatores de determinação das neuroses atuais não estariam apoiados na vida infantil e que nestas afecções, com incidência no corpo, teria faltado a conexão psíquica capaz de ligar a tensão física sexual. No caso particular da hipocondria, a insuficiência psíquica para o manejo da excitação sexual geraria uma angústia dirigida ao corpo físico.

Apesar de ter atrelado a etiologia da neurose atual a uma perturbação sexual conjuntural, sem vinculação com o infantil, o caráter restrito da posição avançada por Freud será, de certo modo, superado quando ele vem a afirmar, posteriormente, que a neurose atual seria o “grão de areia no centro da pérola” (Freud, 1912/1996). Ou seja, constata através dessa metáfora que ela consistiria, na verdade, no material bruto sobre o qual viria se operar um revestimento psíquico. A neurose atual seria, portanto, o núcleo e primeiro estágio de um processo de afecção psiconeurótico.

Quando Freud (1914) afirma que uma pequena dose de hipocondria se encontra regularmente em casos de neuroses e psicoses, entendemos que o apelo ao registro do corpo seria passível de ser utilizado em qualquer configuração psicopatológica. A resposta da hipocondria implica a tentativa de contenção de uma excitação pulsional excessiva que escapa ao domínio psíquico – a esfera do corpo sendo utilizada como recurso para garanti-lo.

Apesar de Freud não ter retomado o estudo sobre a hipocondria após a reviravolta teórica de 1920, ao nos determos em algumas passagens de sua obra relativas a esse período, tivemos a possibilidade de propor uma releitura dessas manifestações corporais tendo como base os elementos centrais da segunda teoria do trauma e segunda teoria da angústia. Certas indicações de Freud, ainda que nem sempre explícitas, sugeriram vias que nos permitiram propor e desenvolver uma compreensão ampliada da complexa problemática da hipocondria tendo em vista a sua relação com as temáticas mais centrais do novo modelo teórico.

A partir das elaborações da segunda teoria do trauma mostramos, por exemplo, que, na hipocondria, o hiperinvestimento do órgão físico pode sujeitar o excesso de excitação traumática que irrompe no aparelho psíquico. A convocação do corpo pode servir à tentativa do ego de limitar os efeitos desestruturantes de um afluxo traumático. Desse modo, as manifestações hipocondríacas podem ser concebidas, como mostramos, como tentativa de controle elementar da desorganização econômica decorrente do trauma.

Impulsionada pela reformulação da teoria do trauma, a segunda teoria da angústia abriu nova perspectiva para pensarmos a angústia relacionada ao corpo físico de que sofre o sujeito hipocondríaco. A angústia passou a ser considerada por Freud como produto do desamparo psíquico da criança, decorrente da situação de passividade diante do que lhe acomete, incapaz que é de contar com seus próprios recursos. Essa situação é vivida no imediato de seu corpo, como angústia de aniquilamento. A angústia automática, de morte, resultaria da presença de uma dimensão traumática, baseando-se, no que concerne ao universo intrapsíquico, em um estado de desamparo primordial, em nosso entender, em primeiro lugar, situação de passividade do ego diante de um excesso pulsional. Sustentamos a importância desse aspecto na problemática da hipocondria, sublinhando o caráter arcaico e a base traumática na angústia em relação ao corpo de que sofre o hipocondríaco.

Seguindo a trilha dessas questões, buscamos apreender de que modo a convocação do corpo se presta à função de domínio elementar da excitação traumática quando os recursos mais elaborados falham. Para elaborar essa hipótese, abordamos alguns elementos referidos aos primórdios da vida psíquica, quando a experiência corporal se constitui como mediadora da relação entre o bebê e seu meio. Sublinhamos que o eu se constitui a partir de experiências que se dão pela via de sensações corporais as quais assolam o bebê, colocando-o numa situação de passividade e de desamparo, o que faz com que necessite da ajuda do outro, seu “semelhante”. É este que irá escutar suas demandas e atendê-las visando ao apaziguamento dessas excitações, da significação e nomeação de seu vivido.

Inicialmente, o bebê é uma espécie de “órgão hipocondríaco da mãe”, sendo sua sobrevivência o mais fundamental, fazendo com que a mãe, por meio de seu investimento libidinal, exerça “uma escuta e um olhar hipocondríacos” sobre seu corpo. Essa “capacidade diagnóstica” primária por parte da figura materna é vital para a contenção do sofrimento da criança, e se exerce através de adequada interpretação do

que se passa no corpo da criança, podendo nela então favorecer a constituição do dito “silêncio do corpo”.

As excitações a serem apaziguadas não são apenas de ordem biológica, posto que no próprio contato estabelecido com o outro excitações pulsionais são despertadas. O corpo pulsional emerge apoiado no corpo da necessidade, mas deste se desvia, não mais com ele se confundindo. É o outro, aquele que exerce a função materna, que desempenha papel fundamental nesse processo. Através dos cuidados dedicados ao bebê são implantadas mensagens sexuais inconscientes, situação de “sedução” originária que se ancora justamente nesse movimento de desvio do plano biológico, promotor do advento da psicosexualidade.

A sedução originária possui caráter traumático, o ego da criança sendo incapaz de traduzir e se apropriar dessas mensagens sexuais inconscientes que emanam do adulto, de seu universo inconsciente. A sedução é uma fonte de ataque por produzir o referido desvio no sistema autoconservativo, mas provocando, ao mesmo tempo, reações não mais atreladas ao corpo biológico. O adulto “sedutor” implanta a sexualidade inconsciente, mas transmitindo, igualmente, através de suas mensagens, os recursos de ligação.

O primeiro movimento defensivo ante o ataque dessas mensagens se dá num nível primitivo, pois ainda não há um eu-instância constituído. Trata-se de um movimento de retorno sobre si mesmo, de caráter autoerótico. No autoerotismo tem-se um corpo que, desviado de suas funções biológicas, se constitui como eu-corpo, ainda sem fronteiras, aberto ao outro. Neste movimento *auto*, opera-se a constituição do eu corporal – forma de existência arcaica e elementar do eu. O eu-instância apenas se constituirá *a posteriori*, a partir da operação do narcisismo. Esta operação unifica o funcionamento autoerótico, exercendo sobre ele efeito de moderação e controle, ligando a sexualidade. Assim se constitui o eu psíquico, capaz de traduzir e de se apropriar do sexual, possibilitando a representação das excitações pulsionais.

Com Freud entendemos que a experiência hipocondríaca está presente nos processos estruturantes do psiquismo, pois, como mostramos em nossa pesquisa, as sensações corporais são a base sobre a qual o psiquismo e suas funções se constituem. Isso fica evidente quando Freud afirma que o sonho teria caráter hipocondríaco. Este teria capacidade diagnóstica a qual estaria associada às dinâmicas hipocondríacas, com importante função no trabalho representacional do sonho. As excitações corporais demandam representação, mas para que isto seja possível essa “escuta” hipocondríaca

do corpo revela-se fundamental. Entretanto, é a representação que garante o dito silêncio do corpo que, conforme sustentamos, constitui um dos aspectos falhos nos casos de hipocondria patológica onde o corpo é extremamente ruidoso.

Ao mesmo tempo em que o investimento libidinal no corpo é essencial para o trabalho psíquico de representação das excitações pulsionais, por outro lado, esse movimento narcísico-hipocondríaco pode perturbar a realização dessa função. Assim, pode vir a se desenvolver um olhar e uma escuta exagerados sobre o que se passa no corpo físico, sintoma básico da hipocondria em sua vertente patológica. Neste caso, assistimos a uma regressão ao autoerotismo, que possui aqui, entretanto, caráter particular, já que permite seja afastado o risco de emergência de um estado de desamparo extremo. Trata-se da tentativa do ego de se proteger de um vazio interno, ligado, em última instância, à impossibilidade de representar as excitações pulsionais. As excitações autoeróticas funcionariam, então, como paraexcitação de tipo arcaico visando combater o vivido traumático.

O superinvestimento do corpo na hipocondria patológica está relacionado à hipervigilância quanto ao perigo de uma doença física, implicando, inclusive, as exaustivas descrições médicas que esses sujeitos tendem a fazer sobre o suposto mal que teria atingido seu espaço corporal. São estratégias do eu, como tentativa-limite de se proteger dos efeitos do trauma e do desamparo dele decorrente. O hipocondríaco é uma espécie de “bebê sábio” (Ferenczi, 1923/2011) que desenvolve intensa atividade autoperceptiva, movimento de auto-observação que visa a fazer frente à insuficiência, à indiferença por parte do objeto.

Essa super-atenção dirigida ao corpo e as teorizações sobre o que nele se passa fala-nos, de alguma forma, da presença do outro materno no início da vida, o qual estaria extremamente atento aos estados e demandas corporais do bebê. Na hipocondria, o órgão doente estaria identificado ao bebê. Assim o hipocondríaco vigia de modo contínuo o bebê-órgão para evitar, dentre outros males, a indiferença do outro. O hipocondríaco seria a “mãe de sua dor” (Perrier, 1959/2005; Fédida, 1972; Fine, 2002), o modelo da antiga relação entre mãe e bebê vindo a se deslocar para a relação que estabelece o sujeito com seu corpo.

A questão da indiferença foi de especial relevância em nosso estudo através do qual pudemos destacar que ela está referida à falha no encontro com o semelhante, matriz do trauma. Segundo a concepção de Moraes e Macedo (2011), a indiferença seria a marca do não reconhecimento da singularidade do sujeito, da sua diferença no

encontro inicial com o objeto, dificultando fortemente a apropriação de um sentido de existência, de diferenciação e autonomia por parte da criança.

Sustentamos que na hipocondria o corpo e suas sensações marcam a condição de existência desses sujeitos; é pelos males corporais que se sentem existir. Através da queixa de um corpo doente, o sujeito hipocondríaco tenta marcar sua diferença em relação ao outro, tenta assegurar sua existência, mas, através dela, fazendo também, intenso apelo ao outro. Nesta estratégia de sobrevivência psíquica, o retorno ao eu corporal parece desencadear, paradoxalmente, a dimensão persecutória, própria à hipocondria, onde o corpo apresenta caráter inquietante. Para elaborar essa questão viemos centrar nossa análise no mecanismo da projeção.

As elaborações freudianas sobre esta noção revelam que ela é acionada pelo ego quando desprovido de meios psíquicos para lidar com as excitações internas. O mecanismo projetivo estaria a serviço da busca de reconstrução daquilo que veio a ser suprimido no interior do psiquismo e que tende a retornar desde “fora”. A projeção faz com que as excitações passem a agir como que de fora, tornando possível assim a formação de um escudo contra os referidos estímulos.

Para avançar na compreensão desse aspecto da questão, de como o corpo se presta ao papel de tela de projeção gerando a sua condição persecutória, abordamos as elaborações de Victor Tausk (1919/1990), que mostrou como o corpo pode assumir a condição de objeto externo. A projeção pertence às funções primitivas relativas à descoberta do objeto, o que se dá inicialmente no nível do próprio corpo: nos primórdios da vida ele pode ser considerado como objeto externo/mundo externo, posto que suas partes são vividas subjetivamente como objetos estranhos.

À medida que o corpo deixa de ser percebido como estranho, tem-se a constituição do eu. A projeção própria da hipocondria, que se daria sobre o corpo, seria, portanto, uma repetição patológica de um estágio primitivo onde o sujeito tenta descobrir seu próprio corpo com o auxílio da projeção. Neste estágio, os órgãos não são reconhecidos como próprios e, desta forma, ficam entregues à influência/ao poder de uma vontade alheia. Na hipocondria, a libido fica fixada num estágio onde os limites do eu ante o mundo exterior ainda não foram estabelecidos.

A projeção patológica adviria de uma acumulação de libido, estase libidinal no nível de um órgão ou função corporal, base do sentimento de alteração, característico da hipocondria, seguida de uma alienação – o ego recusa o órgão doente, fonte de sentimento de estranheza e de perseguição, verdadeira “paranoia somática”. Neste caso,



como sustentamos, o eu corporal adquire caráter de estranheza e as sensações que dele emanam são atribuídas a uma força hostil, produzindo sentimento de perseguição em relação ao eu psíquico.

Destacamos ainda que a dimensão de ataque e perseguição que incide sobre o corpo do hipocondríaco estaria relacionada, no universo intrapsíquico, à ação do superego sobre o ego. A impossibilidade de apropriação por parte do ego de uma alteridade interna de caráter radical desencadearia a perseguição interna que, no caso da hipocondria, acaba por se exteriorizar, devido à utilização do mecanismo de projeção sobre o corpo. O ataque ao corpo acabaria por tornar órgãos e funções irreconhecíveis pelo ego.

Tal aspecto nos conduziu a nos apoiar numa concepção de superego segundo a qual a sua origem estaria ancorada no primeiro encontro da criança com o adulto “sedutor”, levando em conta a prioridade do outro e do sexual na gênese e no funcionamento psíquico. Nos primórdios da vida trata-se de um eu-corpo, aberto ao outro, potencialmente perseguido pela alteridade externa que se interioriza, passando a exercer o ataque sobre a corporeidade do sujeito. É isso que consideramos estar em jogo na hipocondria, onde esse núcleo perseguidor interno, por projeção, faz com que o corpo se torne um objeto perseguidor.

Quando os órgãos e/ou as funções corporais assumem lugar de exterioridade em relação ao eu, não mais sendo reconhecidos como território próprio, mas habitado por um “outro” – o vírus, a doença – estabelece-se uma relação persecutória entre eu e corpo. A inquietação em relação a um corpo frágil, sempre em perigo de ser atacado por algum mal e que, no entanto, não pode ser desinvestido, denota a dimensão persecutória da hipocondria. Tais aspectos encontram-se presentes de modo paradigmático no “caso” Glenn Gould, conforme mostramos.

A dimensão persecutória da hipocondria nos remete à presença da exterioridade no cerne do sujeito. O eu corporal é atacado por um estrangeiro externo que se interioriza. Este passa a atacar o sujeito a partir de dentro, infiltrando-se em seu espaço corporal. A partir do que abordamos sobre o mecanismo de projeção na hipocondria questionamos se o caráter persecutório que incide no corpo do sujeito não seria uma espécie de atualização, como retorno demoníaco do mesmo, de um vivido traumático primordial.

Tais aspectos nos levaram a avançar na releitura da questão do “atual”, proposta por Cardoso (2011), analisando sua pertinência e ampliando-a no caso da

hipocondria, assentada na reviravolta teórica de 1920. Se articulada à noção de compulsão à repetição, a dimensão de atualidade adquire maior complexidade. Nesse contexto, o atual estaria referido a um fundo traumático, resistente ao processo de historicização. Neste sentido, a ideia de atual aponta para uma dimensão de “presentificação”, “atualização” de algo que não pôde se tornar passado, como história. Trata-se de “atualização” de algo não elaborado pelo ego, com estreita relação com elementos arcaicos da vida psíquica.

Mostramos que as manifestações hipocondríacas vêm atualizar o que não pôde se tornar passado: elas estão ancoradas numa dimensão arcaica do funcionamento psíquico onde as vivências são conservadas na memória corporal. E, neste caso, é somente no corpo que essa memória será atualizada, presentificada, sendo que é através da percepção que se dá essa atualização. Entretanto, por conta do trauma, o movimento descontínuo do investimento do sistema Pcpt-Cs é afetado e a percepção assume um traço particular, dando-se de forma contínua, sempre “ligada”, no sentido de um superinvestimento da percepção. O caráter contínuo da percepção das sensações corporais nas manifestações hipocondríacas vem assegurar a permanência no tempo do “atual”.

Com a irrupção do trauma, dá-se interrupção do processamento psíquico, que acarreta a construção de uma pseudopercepção no lugar de uma representação, promovendo o congelamento do tempo. As sensações hipocondríacas se constituem como pseudopercepção, por fixarem a atenção sobre o corpo, gerando um conhecimento radical e insistente sobre este. Há uma espécie de “transparência do corpo na consciência” (Fédida, 1972), onde o sujeito fica preso a uma lógica literal, devido à incapacidade de figurá-lo simbolicamente. Como propôs Cardoso (2011), a literalidade comporta caráter “ultraclaro”, pois os elementos traumáticos se apresentam sem mediação, como “clarão” insuportável, sem possibilidade de esquecimento, mas como atualização permanente do mesmo.

Os elementos não representados são projetados no corpo, a hipervigilância atuando como recurso garantidor de sua permanência no espaço corporal. Esses elementos constituem fonte de constante ameaça de desorganização para o eu, devendo, portanto, ser vigiados de modo contínuo. Devido ao caráter hostil desses elementos, os testes de realidade vêm a ser efetuados de modo muito frequente para discriminar o interno do externo, o eu mantendo o que é ameaçador na exterioridade do corpo.

Apesar da intensa frequência da realização dos testes de realidade o hipocondríaco é constantemente ameaçado, em seu mundo interno, pelo retorno das marcas traumáticas, o que desencadeia a angústia de aniquilamento experimentada, no caso da hipocondria patológica, na concretude do corpo. A temporalidade em questão é a da urgência, do desespero, do tempo do “atual”. A angústia em relação a um corpo que não funciona bem, para o sujeito, o prenúncio de uma morte iminente.

A temporalidade do desespero, da angústia de morte diz respeito à temporalidade do arcaico, do absoluto de um eterno presente, sempre atual, sem fim, sem esperança, sem tempo. Experiência arcaica que antecede a constituição da temporalidade subjetiva propriamente dita. Quando não há nada a se esperar, tem-se a instalação do tempo do desespero, subjacente à lógica da compulsão à repetição. O automatismo que atualiza o vivido traumático comporta caráter ativo como reação, em prol da sobrevivência psíquica.

A angústia corporal do hipocondríaco constitui um dos modos mais arcaicos de vivência da experiência de morte a qual se projeta na concretude e no imediato do corpo. Quando o próprio eu ainda não está constituído como instância psíquica e as marcações temporais não se estabeleceram, todas as vivências ficam impressas no registro corporal, campo da memória corporal.

Na hipocondria, atualiza-se, portanto, um vivido arcaico, acionado diante da irrupção do traumático. As sensações corporais que aí têm lugar estão a serviço da perpetuação desse tempo cuja história foi suspensa. Se o tempo é congelado, suspenso, nada pode advir, há recusa de movimento. Através do superinvestimento do órgão, próprio à hipocondria, tenta-se congelar o tempo, permanecendo a atualidade da sensação, insistência compulsiva, fixada no tempo do arcaico. Na hipocondria, o ego atualiza seu modo de existência mais elementar e primordial, protegendo-se, desse modo, dos efeitos do traumático.

## Referências

- Aisenstein, Marília. “Entre psique e soma: a hipocondria”. In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p.103-112.
- André, Jacques. “Introduction: Présence du désespoir”. In: André, Jacques (Dir.). *Le temps du désespoir*. Paris: PUF, 2002, p. 9-24.
- André, Jacques. “O acontecimento e a temporalidade: o après-coup no tratamento”. Ide (São Paulo) Psicanálise e Cultura, São Paulo, v. 31, n. 47, dez. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31062008000200025&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062008000200025&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 11/04/2014.
- Anzieu, Didier. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- Assoun, Paul-Laurent. “L’inconscient organique. Pouvoirs du symbole et travail du symptôme”. *Revue Française de Psychosomatique*, 2002/1, número 21, p. 53-73.
- Aulagnier, Piera. “A propos de la paranoïa: scène primitive et théorie délirante primaire”. In: Aulagnier, Piera. *La violence de l’interprétation – Du pictogramme à l’énoncé*. Paris: PUF, 1975.
- Aulagnier, Piera. “A “filiação” persecutória”. In: Aulagnier, Piera. *Um intérprete em busca de sentido – II*. São Paulo: Escuta, 1990, p. 69-81.
- Aulagnier, Piera. “Nascimento de um corpo, origem de uma história”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1999, p. 9-45.
- Baudin, Marianne. “La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle”. *Champ Psychosomatique*, n. 39, 2005, p. 55-66.
- Bernateau, Isée. “Le temps suspendu”. In: André, Jacques; Dreyfus-Asséo, Sylvie; Hartog, François (Dir.). *Le récits du temps*. Paris: PUF, 2010, p. 69-82.
- Birman, Joel. “Os impasses do sexual na psicose. Uma leitura da gênese do “aparelho de influenciar” no curso da esquizofrenia, de Tausk”. In: Birman, Joel (org.). *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose*. São Paulo: Escuta, 1990, p. 103-129.
- Borges, Gabriela Maldonado. *Neurose traumática: fundamentos e destinos*. Curitiba: Juruá, 2012.
- Breuer, Joseph & Freud, Sigmund. (1893-1895) *Estudos sobre a histeria*. Coleção das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- Brusset, Bernard. “L’hypocondrie: thématique ou organization spécifique?” *Revue Française de Psychosomatique*, n. 22, Paris: PUF, 2002, p. 45-64.
- Cardoso, Marta Rezende. *Superego*. São Paulo: Escuta, 2002.
- Cardoso, Marta Rezende. “Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, n. 1, 2011, p. 70-82.
- Chemouni, Jacquy. *La conversion: de la psyché au soma*. Paris: In Press Éditions, 2012.
- Chervet, Bernard. “Heurs et malheurs du concept de projection dans l’œuvre de Freud. Contribution à une théorie du perceptif”. In: Durieux, Marie-Claire; Janin-Oudinot, Martine. (org.). *Figures de la projection*. Paris: PUF, 2008, p. 15-56.

- Coelho Junior, Nelson Ernesto. "Inconsciente e percepção na psicanálise freudiana". *Psicol. USP*, São Paulo, v. 10, n. 1, 1999. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641999000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641999000100003&lng=en&nrm=iso). Consultado em 14/01/2014.
- Combe, Colette. *Corps, mémoire, hypocondrie*. Paris: Dunod, 2010.
- CORRESPONDÊNCIA ENTRE SIGMUND FREUD & SANDOR FERENCZI*. Vol. I, 1912-1914. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- Cupa, Dominique. "Le silence des organes n'est pas la santé..." *Revue Française de Psychosomatique*. "La santé". n. 36. Paris: PUF, 2009, p. 87-100.
- Dillon, B. *Os hipocondríacos: Vidas atormentadas*. Rio de Janeiro: Tinta Negra Bazar Editorial, 2011.
- Estellon, Vincent. "Glenn Gould, magicien et médecin hypocondriaque du corps-piano". *Topique*, 2009/4, n. 109, p.223-243.
- Fain, Michel (1990) "À propos de l'hypocondrie". *Revue Française de Psychosomatique* – "Michel Fain", n° 37, Paris: PUF, 2010, p. 177-184.
- Fédida, Pierre. "L'hypocondrie du rêve". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, "L'espace du rêve", Paris: Gallimard, 1972, p. 225-238.
- Fédida, Pierre. "O hipocondríaco médico". In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (Org.). *Hypocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p.129-156.
- Fédida, Pierre. "Um órgão psíquico hipocondríaco. Tratamento psíquico autocrático". In: Brusset, B. e Couvreur, c. (Dir.). *A neurose obsessiva*. São Paulo: Editora Escuta, 2003, p. 141-167.
- Fédida, Pierre. "L'hypocondrie de l'expérience du corps". In: Chabert, C. (org.) *Traité de psychopathologie de l'adulte. Psychopathologie des limites*. Paris: Dunod, 2009, p. 89-141.
- Ferenczi, Sándor (1923) "O sonho do bebê sábio". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise III*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 223.
- Ferenczi, Sándor (1930) "Princípio de relaxamento e neocatarse". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 61-78.
- Ferenczi, Sándor. (1931) "Análises de crianças com adultos". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 79-95.
- Ferenczi, Sándor (1932a) "Notas e fragmentos – Infantilismo psíquico = histeria". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 304-305.
- Ferenczi, Sándor (1932b) "Notas e fragmentos – Os dois extremos: feliz credulidade e ceticismo". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 308.
- Ferenczi, Sándor. (1933) "Confusão de língua entre os adultos e a criança". In: Ferenczi, Sándor. *Obras completas – Psicanálise IV*, São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 111-121.
- Fernandes, Maria Helena. *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique*. Paris: Ed. Presses Universitaires du Septentrion, 1997.

Fernandes, Maria Helena. “As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IV, n. 4, 2001, p. 61-80.

Fernandes, Maria Helena. “A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos”. In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 173-192.

Figueiredo, Luís Claudio. “Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 38 (3), 2004, p. 503-519.

Figueiredo, Luís Claudio. “*Verleugnung*. A desautorização do processo perceptivo”. In: Figueiredo, Luís Claudio. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2008, p. 57-75.

Fine, Alain. “Figuras psicanalíticas da hipocondria. Um ensaio de revisão”. In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (orgs.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p.57-81.

Fontes, Ivanise. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2002.

Freud, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- (1895a [1894]) “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’”, vol. III, p. 91-115.
- (1895b [1894]) “Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia”, vol. III, p. 75-88.
- (1896a) “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, vol. III, p. 159-183.
- (1898) “A sexualidade na etiologia das neuroses”, vol. III, p. 249-270.
- (1900) “A interpretação dos sonhos”, vol. V.
- (1905) “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade”, v. VII, p. 119-229.
- (1909) “Notas sobre um caso de neurose obsessiva”, vol. X, p. 137-273.
- (1911) “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*)”, v. XII, p. 15-96.
- (1912) “Contribuições a um debate sobre a masturbação”, vol. XII, p. 259-272.
- (1913) “A disposição à neurose obsessiva – uma contribuição ao problema da escolha da neurose”, vol. XII, p. 337-349.
- (1914) “Sobre o narcisismo: uma introdução”, v. XIV, p. 77-108.
- (1915a) “O Inconsciente”, vol. XIV, 165-222.
- (1915b) “Os instintos e suas vicissitudes”, v. XIV, p. 117-144.
- (1917a [1915]) “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos”, vol. XIV, p. 225-241.
- (1917 [1915]) “Luto e Melancolia”, vol. XIV, p. 245-263.
- (1917 [1916-17]) Conferência XXIV: “O estado neurótico comum”, vol. XVI, p. 379-392.
- (1918 [1914]) “História de uma neurose infantil”, vol. XVII, p. 15-127.
- (1919) “O “estranho”, vol. XVII, p. 235-273.
- (1920) “Além do princípio de prazer”, vol. XVIII, p. 13-75.
- (1921) “Psicologia de grupo e análise do ego”, vol. XVIII, p. 79-154.
- (1923) “O ego e o id”, v. XIX, p. 15-80.

- (1923 [1922]) “Uma neurose demoníaca do século XVII”, vol. XIX, p. 83-120.  
 (1924) “O problema econômico do masoquismo”, vol. XIX, p. 175-188.  
 (1925 [1924]) “Uma nota sobre o ‘bloco mágico’”, vol. XIX, p. 253-259.  
 (1925 [1924]) “Um estudo autobiográfico”, vol. XX, p. 11-78.  
 (1926 [1925]) “Inibições, sintomas e ansiedade”, vol. XX, p. 81-170.  
 (1930 [1929]) “O mal-estar na civilização”, v. XXI, p. 67-148.  
 (1933 [1932]) “Ansiedade e Vida Instintual” – Conferência XXXII. In: “Novas conferências introdutórias sobre a Psicanálise”, vol. XXII, p. 85-112.  
 (1933 [1932]) Conferência XXXIII: “Feminilidade”, vol. XXII p. 113-134.  
 (1940 [1938]) “Esboço de Psicanálise”, vol. XXIII, p. 153-221.  
 (1950 [1887-1902]) “Extratos dos documentos dirigidos a Fliess”, vol. I.  
     (1893) “Rascunho B”, vol. I, p. 223-229.  
     (1894) “Rascunho E”, vol. I, p.235-241.  
     (1895c) “Rascunho H”, vol. I, p. 253-258.  
     (1895d) “Projeto para uma psicologia científica”, p. 335-454.  
     (1896b) “Carta 52”, vol. I, p. 281-290.  
     (1896c) “Rascunho K”, vol. I, p. 267-276.  
     (1897) “Carta 69”, vol. I, p. 309-311.

- Friedrich, Otto. *Glenn Gould: uma vida e variações*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- Gibeault, Alain. “A solução hipocondríaca”. In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 113-127.
- Golse, Bernard. “Le désespoir chez les très jeunes enfants ou “tant qu’il y a du désespoir, il y a de la vie”. In: André, Jacques (Dir.). *Le temps du désespoir*. Paris: PUF, 2002, p. 25-41.
- Knobloch, Felícia. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ, 1998.
- Laplanche, Jean. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- Laplanche, Jean. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- Laplanche, Jean. (1987) *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Laplanche, Jean. *Freud e a sexualidade: o desvio biologizante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- Laplanche, Jean. “Trois acceptions du mot “inconscient” dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée”. In: Laplanche, Jean. *Sexual: La sexualité élargi au sens freudienne. 2000-2006*. Paris: PUF, 2007, p.195-213.
- Lejarraga, Ana Lila. *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinteR Ltda., 1996.
- Linhares, Andréa. “De la chair à l’image. L’hypocondrie au miroir”. *Champ psychosomatique*, 2005/3, número 39, p. 97-110.
- Maldonado, Gabriela e Cardoso, Marta Rezende. “O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias”. *Psicologia Clínica*, v.21, n.1, p. 45-57, 2009.
- Matos, Manuel. (1999) “Hipocondria: a intuição necessária”. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/287/28710109.pdf> consultado em 04/11/2013.

- Maupassant, Guy de (1887) O Horla. Disponível em [http://www.amatra3.com.br/uploaded\\_files/O%20Horla%5B1%5D.pdf](http://www.amatra3.com.br/uploaded_files/O%20Horla%5B1%5D.pdf). Consultado em junho de 2014.
- McDougall, Joyce. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1989/2000.
- Melo, Maria Teresa & Ribeiro, Paulo César. “Modelos do trauma em Freud e suas repercussões na psicanálise pós-freudiana”. Disponível em: [http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo\\_view&ida=249&ori=autor&letra=M](http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=249&ori=autor&letra=M), data 08/11/2013.
- Moraes, Eurema Gallo & Macedo, Mônica M. K. *A vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- Molière (Jean-Baptiste Poquelin). (1673) *O Doente Imaginário*. São Paulo: Editora Martin Claret Ltda, 2003.
- Perrier, François (1959) “Psychanalyse de l’hypocondrie”. *Champ Psychosomatique* – nº 39, Paris: PUF, 2005, p. 33-53.
- Potamianou, Anna. “Calmer, s’absenter, veiller”. *Revue Française de Psychosomatique* – “Michel Fain”, nº 37, Paris: PUF, 2010, p. 97-108.
- Pragier, Georges. “Questões metapsicológicas da hipocondria”. In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 83-102.
- Press, Jacques. *La perle et le grain de sable*. Traumatisme et fonctionnement mental. Paris: Delachaux et Niestlé S.A., 1999.
- Reis, E. S. “Corpo e Memória traumática”. Trabalho apresentado ao I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://br.geocities.com/memoria\\_pensante/corpo\\_mem\\_traum\\_schueler.html](http://br.geocities.com/memoria_pensante/corpo_mem_traum_schueler.html). Acesso em outubro de 2007.
- Ritter, Paulo G. G. *Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade*. Dissertação (Mestrado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2013.
- Rocha, Zeferino. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.
- Roussillon, René. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF, 1999.
- Roussillon, René. “Agonie et désespoir dans la transfert paradoxal”. In: André, Jacques (Dir.). *Le temps du désespoir*. Paris: PUF, 2002, p. 67-95.
- Roussillon, René. “Le Moi-peau et la reflexivité”. In: Chabert, C., Cupa, D., Kaës, E. e Roussillon, R (org.). *Didier Anzieu: le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Éditions Érès, 2012, p. 89-102.
- Souza, Neusa Santos. “O estrangeiro: nossa condição”. In: Koltai, Caterina (Org.). *O estrangeiro*. São Paulo: Escuta: FAPESP, 1998, p. 155-163.
- Tausk, Victor (1919) “Da gênese do “aparelho de influenciar” no curso da esquizofrenia”. In: Birman, Joel (Org.). *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose*. São Paulo: Escuta, 1990, p. 37-77.
- Volich, Rubens Marcelo. *Hipocondria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.



Winnicott, D. W. "La crainte de l'effondrement". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. n. 11. Paris: Gallimard, 1975, p. 35-44.