

# A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica

Maria Helena Fernandes

Articulando sonho e hipocondria, este artigo enfatiza a importância do investimento libidinal como substrato necessário à atividade perceptiva, o que permite pensar modalidades de escuta dos eventos corporais.

As publicações psicanalíticas têm mostrado que, nas últimas décadas deste século, o corpo vem retornando ao cenário da psicanálise após um longo período de esquecimento e, porque não dizer, desprezo. Hoje a questão do corpo aparece, nota Jean Starobinski, “como se nós o reencontrássemos após um esquecimento muito longo: a *imagem do corpo*, a *linguagem do corpo*, a *consciência do corpo* e a *liberação do corpo* tornaram-se palavras de ordem. Contagiosamente, os historiadores se interessam por tudo o que as culturas anteriores à nossa fizeram com o corpo: tatuagens, mutilações, celebrações, rituais ligados às diversas funções corporais. Os escritores do passado, por sua vez, de Rabelais a Flaubert, são tomados como tes-

temunhas: no entanto, de repente, percebemos que não somos o Cristóvão Colombo da realidade corporal. Este foi o primeiro conhecimento que adentrou o saber humano: “Eles perceberam que estavam nus’ (Gênesis, 3, 7). Depois desse momento, o corpo não pôde mais ser ignorado”<sup>1</sup>.

Starobinski evoca a percepção da nudez como a evidência irrefutável da corporeidade do sujeito, um

**Maria Helena Fernandes** é psicanalista, doutora em psicanálise e psicopatologia pela Universidade de Paris VII, professora do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, autora de “L’hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique”, Paris, Ed. Presses Universitaires du Septentrion, 1999.

sujeito feito de carne e osso, habitando *um* corpo. No entanto essa unicidade do corpo imediatamente se transforma numa verdadeira multiplicidade de corpos se o olhar se dirige para o corpo enquanto “objeto de estudo” de tão variados campos do conhecimento humano. Há de se reconhecer, então, que falar do corpo supõe o defrontar-se com *vários* corpos: o corpo biológico, o corpo filosófico, o corpo histórico, o corpo estético, o corpo religioso, o corpo social, o corpo antropológico e, certamente, o corpo psicanalítico. É justamente este corpo, abordado pelo instrumental teórico-clínico da psicanálise, que interessa aqui.

A advertência um tanto provocativa de Starobinski se dirige aos psicanalistas precisamente no início dos anos 80, quando se agitavam na França os debates em torno das questões do corpo na psicanálise. De um lado os autores da Escola de Paris<sup>2</sup>, fiéis leitores de Freud, prosseguiram suas pesquisas insistindo na afirmação do campo da psicossomática psicanalítica. De outro, os autores de inspiração lacaniana começavam a tentar sistematizar uma produção teórica que lhes permitisse incluir a problemática do corpo no campo do analisável. Diante desse panorama, o lembrete “não somos o Cristóvão Colombo da realidade corporal” poderia ser escutado como um convite a pensar a problemática do corpo pelo viés epistemológico, único guardião da possibilidade de interlocução da psicanálise com as demais disciplinas em que o corpo também se constitui como objeto de interesse e estudo.

A demanda da clínica da atualidade defronta maciçamente os analistas não somente com o problema da depressão, mas também com uma diversidade de queixas que envolvem diretamente o corpo. A evolução da investigação psicanalítica ampliou o campo teórico-

clínico da psicanálise para muito além das neuroses de transferência, abrangendo também as psicoses, as perversões, os casos limite (ou *boderlines*), as toxicomanias (e outras adicções) e a variedade dos quadros de somatização. Ao se acrescentar a esse panorama a tendência de alguns pacientes a se submeterem a intervenções cirúrgicas de indicação duvidosa, ou a tornarem-se vítimas de acidentes mais ou menos graves, ou ainda a sensibilidade aumentada de alguns para as doenças contagiosas, não se deve deixar de constatar que implicar o corpo nas respostas dadas aos conflitos internos é um fato bastante banal naquilo que se pode deno-

objeto da psicanálise, existiria então uma abordagem psicanalítica do corporal? Que corpo é esse que se mostra, às vezes insistentemente, e que pode ser acolhido pelo psicanalista na sua escuta?

## O corpo em negativo

*“Há doenças piores que as doenças,  
Há dores que não doem, nem na alma  
Mas que são dolorosas mais que as outras. (...)  
Há tanta coisa que, sem existir,  
Existe, existe demoradamente,  
E demoradamente é nossa e nós...”*

Fernando Pessoa<sup>4</sup>

Uma doença  
poderia apresentar  
períodos  
mais ou longos  
de silêncio,  
durante o qual nenhum  
sintoma  
era detectado.

minar a psicopatologia somática da vida cotidiana.

Como enfatiza Joyce Mc Dougall<sup>3</sup>, é possível que a manutenção do equilíbrio psíquico se realize, na maior parte das situações de vida, muito mais pela produção de sintomas somáticos do que pela produção de sintomas psíquicos, neuróticos ou psicóticos.

Essas constatações da clínica da atualidade remetem imediatamente a uma primeira questão: se o corpo biológico enquanto tal não pode ser

Confrontei-me pela primeira vez com a problemática teórico-clínica que abordarei aqui no contexto do meu trabalho, no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, onde exercia atividades clínicas, de ensino e de pesquisa, divididas entre o ambulatório e o Hospital Geral. Nesta ocasião tinha a minha disposição três “enquadres de escuta” diferentes: o ambulatório, o Hospital Geral e, ainda, o atendimento psicoterápico em consultório particular. Foi justamente a heterogeneidade dessa prática que me motivou, através da especificidade de cada um desses “enquadres de escuta”, a buscar distinguir a especificidade da própria psicanálise, orientando as minhas pesquisas em direção de uma compreensão psicanalítica do corpo.

No percurso diário que me levava do ambulatório ao Hospital Geral, um fenômeno me chamou a atenção: em alguns pacientes, uma doença poderia apresentar períodos mais ou menos longos de silêncio, durante o qual nenhum sintoma era detectado e assim nada atestava a

existência de um processo mórbido. Quando a doença não tinha sido descoberta por acaso, na ocasião de exames médicos de rotina, acontecia de o paciente procurar uma consulta médica quando a doença já havia atingido um grau de evolução bastante avançado para conseguir ser tratada com sucesso.

Porém, foi no cotidiano do trabalho analítico que pude acompanhar uma de minhas pacientes ao longo dos percalços da evolução de sua doença orgânica que, tendo sido descoberta por acaso, não havia apresentado, antes do diagnóstico, nenhum sintoma. Devo confessar que partilhava com a paciente a surpresa e o choque experimentado pela descoberta absolutamente inesperada da doença.

Naquela época, o caráter surpreendente e enigmático do aparecimento da doença ocupou longamente minhas reflexões. Inicialmente, concentrei-me no rearranjo contratransferencial e transferencial que a análise acabou sofrendo ao ver-se atravessada pelo evento somático. Em seguida, interessei-me, gradativamente, pelas vicissitudes da relação do sujeito com o próprio corpo.

Observei que, ao lado da queixa somática insistente de alguns pacientes, também encontrava aqueles que muito raramente faziam referência a algo da ordem do corpo durante suas sessões. Alguns chegavam mesmo a dar a impressão de que o corpo havia ficado "para fora" do espaço analítico, como se o corpo só existisse em negativo.

Examinarei alguns exemplos que podem ilustrar o que acabou por se constituir numa problemática de pesquisa em psicanálise.<sup>5</sup>

Um dos exemplos refere-se a uma mulher de 40 anos que, ao consultar um ginecologista para exames de rotina - o que ela não realizava há algum tempo - descobre a existência de um câncer de mama sem que ela tivesse experimentado ne-

nhum tipo de sintoma. Ela viu-se, então, obrigada a continuar as investigações para verificar se já não havia a presença de metástases. De fato, foram detectadas metástases no fígado e a paciente teve que iniciar imediatamente o tratamento quimioterápico.

Como essa paciente não havia experimentado nenhum tipo de sintoma antes da descoberta do câncer, ela também não apresentava, na primeira fase da quimioterapia, os sintomas incômodos que geralmente aparecem nesse tipo de tratamento. Porém, no início da segunda série quimioterápica, os sintomas começaram a aparecer, e todos eles, tanto os oriundos propriamente do câncer como aqueles provocados

renal, era visível, mas a paciente continuou ainda por muito tempo a interpretar todos os seus sintomas como sendo "fabricados" pelo tratamento e não como a expressão visível do seu corpo doente.

Certas doenças têm, de fato, dirão os médicos - de uma maneira mais marcante que outras - a característica de se desenvolver em silêncio. Isso faz com que elas possam ficar muito tempo sem receber nenhum diagnóstico. Este é o caso, por exemplo, da hipertensão arterial<sup>6</sup> e também da maior parte dos tipos de câncer. Ora, se de um lado há o caráter particularmente silencioso de algumas doenças, de outro, pode-se pensar que os sinais somáticos existem sempre. Mesmo

**S**e de um lado há o caráter particularmente silencioso de algumas doenças, de outro pode-se pensar que os sinais somáticos existem sempre.

pela droga química, eram interpretados por ela como sendo "fabricados" pelo tratamento.

A coincidência, nesse caso, entre o surgimento dos sintomas e o início da quimioterapia forneceu o material necessário para alimentar uma recusa de contato com a realidade do seu estado físico. O câncer começou a tomar conta da maior parte das suas funções orgânicas, a fadiga aumentou muito e o inchaço, denunciando o mal funcionamento

que sejam extremamente discretos, eles provocam sempre uma perturbação, ainda que essa seja mínima. Esta é uma problemática que diz respeito a todo processo de adoecimento: como os sinais de uma doença são percebidos pelo sujeito, permitindo que eles se transformem em sintomas?

No contato com os pacientes somáticos, pude observar que a possibilidade do sujeito interpretar os sinais do seu corpo como algo

capaz de anunciar a existência de uma doença pode passar pela visibilidade do sintoma. Isto é, o fato de haver um reconhecimento visual do sintoma no corpo vai permitir

**A** psicanálise amplia a visão do adoecer ao apontar as implicações subjetivas que acompanham toda *perturbação orgânica*.

uma abordagem do estado de doença diferente daquela que o sujeito poderia ter quando não existe inscrição perceptível. A noção de percepção permite estender o sentido dessa visibilidade à dor que, embora invisível, é sentida pelo paciente no seu corpo. Dito de outra forma, mesmo que a dor não venha acompanhada de um outro sintoma visível, o que o sujeito sente o leva a engajar-se na via de uma interpretação dele mesmo como eventual doente. Chamo a atenção também para a existência de um grau ainda mais sutil na questão da percepção do corpo: trata-se daquelas situações em que não existe nenhum sintoma visível ou doloroso, mas nas quais o sujeito percebe e descreve um mal-estar difuso, alguma coisa que ele sente como sendo estranha ao seu funcionamento habitual.

Nessa variabilidade que vai do

sintoma visível ao mal-estar difuso, passando pela dor, o sujeito dispõe sempre de um sinal que lhe anuncia que “alguma coisa” de estranha ao seu funcionamento corporal está acontecendo. Porém, quando existe uma ausência completa de sinais, interpretar-se como doente torna-se um fato de tal forma abstrato que a doença pode ser facilmente negada.

Ora, a psicanálise amplia a visão do adoecer ao apontar para as implicações subjetivas que acompanham toda perturbação orgânica. P-L Assoun, ao se interessar por essa questão, aponta o papel do inconsciente como o “lugar de passagem, ao mesmo tempo necessário e misterioso, onde, de alguma forma, torna-se ‘indecidível’ a relação entre o psíquico e o somático”<sup>7</sup>. Fica, então, evidente que a especificidade da contribuição psicanalítica ao estudo das implicações da subjetividade no corpo reside exatamente na reflexão sobre o papel do inconsciente nas relações entre o psíquico e o somático. A partir daí, e escolhendo circunscrever os referenciais teóricos dessa investigação ao modelo freudiano, uma outra questão se coloca: que vias Freud teria aberto para permitir explorar as relações entre o corpo e o inconsciente?

### **A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos**

Freud oferece uma pista interessante quando convida a refletir sobre o fato de que “nos sonhos, a doença física incipiente é, com frequência, detectada mais cedo e mais claramente do que na vida de vigília”. Apontando para o fato de que no sonho “todas as sensações costumeiras do corpo assumem proporções gigantescas”, Freud diz que essa amplificação das sensações é de “natureza hipocondríaca” e “depende da retirada de todos os investimentos psíquicos do mundo externo para o ego, tornando pos-

sível o reconhecimento precoce das modificações corporais que, na vida de vigília, permaneceriam inobservadas ainda por algum tempo”<sup>8</sup>.

É interessante notar que, ao qualificar o sonho de hipocondríaco, Freud lhe atribui, além do estatuto alucinatório, um estatuto perceptivo. Essa formulação supõe que o sono, pela sua própria regressão, permite o olhar do sonho sobre o interior do corpo. O estado de sono, e certamente o sonho, são aqui os instrumentos de uma abordagem que me pareceu permitir uma compreensão metapsicológica do modo de relação do inconsciente com o corpo.

Ao chamar a atenção para a natureza hipocondríaca do sonho, Freud oferece um ponto de partida precioso para o desenvolvimento metodológico desse trabalho<sup>9</sup>. Isto é, a utilidade, para a construção das hipóteses, de colocar em relação o excesso de sinais somáticos dos hipocondríacos e a completa ausência desses sinais em alguns pacientes organicamente doentes. Desta forma, o meu interesse centrou-se numa questão aparentemente prosaica: o que leva certas pessoas a demorar muito mais do que outras para perceber os seus sinais somáticos?

Tive a ocasião de encontrar, ao lado daqueles casos nos quais o paciente nada havia sentido até a descoberta da doença, outros casos em que os sinais mórbidos apareceram antes do diagnóstico, sem que o sujeito os tenha reconhecido como tais. Poderia dizer que a variabilidade da percepção do processo mórbido vai de uma ausência completa de sinais até uma presença de sinais somáticos mais ou menos evidentes, mas que são, de alguma forma, negados pelo sujeito.

Um outro exemplo diz respeito a uma mulher, médica muito respeitada em seu meio profissional que, desde a adolescência, tinha regras abundantes. Depois de ter tido dois

filhos, ela decide por um *DIU* e os sangramentos menstruais aumentam muito. No momento em que é aprovada num concurso para uma vaga de professora universitária, é obrigada a realizar uma série de exames médicos, constatando-se, nessa ocasião, uma anemia pronunciada e uma hipertensão arterial. Decide-se, então, por retirar o *DIU* e segue o tratamento para a hipertensão. As hemorragias menstruais, porém, continuam e ela afirma que “esqueceu o problema” e que, apesar da intensidade das hemorragias, “se adapta” utilizando todo mês fraldas

língua recebeu a tradução de “recusa (da realidade)” pela sua relação com o fetichismo e as psicoses - recebeu uma atenção considerável da parte dos psicanalistas, a questão mais específica de uma “recusa (da realidade)” dos sinais somáticos não lhes despertou até hoje um interesse particular. Essa questão é freqüentemente assinalada, mas muito pouco estudada; provavelmente porque ela faz aproximar, de maneira excessiva, a observação médica da observação propriamente psicanalítica.<sup>10</sup> Esses fenômenos de uma recusa da realidade podem

Insisto no fato de que certos fenômenos de recusa da realidade são muito frequentes na psicopatologia somática da vida cotidiana de cada um de nós. Não temos o hábito de refletir dessa forma cada vez que negligenciamos seguir um tratamento médico até o fim, ou ainda quando nos expomos a pequenos riscos no cotidiano. Para que possamos nos ocupar do nosso próprio corpo, é preciso que sejamos capazes de nos imaginar como podendo ficar doentes. O que está em jogo aqui é a dimensão de finitude do sujeito, que evidentemente está em relação com a castração, com a possibilidade de aceitar a realidade das limitações do corpo. Se a limitação da potência corporal faz parte da condição de doente, ela também faz parte da realidade do envelhecimento, constituindo-se, assim, num momento comum à toda existência humana.

Freud freqüentemente enfatizava o quanto os deslizes entre o normal e o patológico podem ser sutis. Em 1937, ele afirma que: “O aparelho psíquico não tolera o desprazer; tem de desviá-lo a todo custo, e se a percepção da realidade acarreta desprazer, essa percepção - isto é, a verdade - deve ser sacrificada. No que se refere a perigos externos, o indivíduo pode ajudar-se durante algum tempo através da fuga e evitando a situação de perigo, até ficar suficientemente forte, mais tarde, para afastar a ameaça alterando ativamente a realidade. Mas não é possível fugir de si próprio; a fuga não constitui auxílio contra perigos internos. E, por essa razão, os mecanismos defensivos do ego estão condenados a falsificar nossa percepção interna e a nos dar somente uma representação imperfeita e deformada de nosso próprio Id.”<sup>11</sup> Fica evidente, então, o quanto a percepção, interna ou externa, está submetida aos meandros do prazer/desprazer, revelando, assim, o reinado da subjetivi-

**S**e a limitação da  
potência corporal faz parte da condição de doente,  
também faz parte da realidade  
do envelhecimento,  
comum a toda existência humana.

para adultos no lugar dos absorventes habituais. Dez anos depois, uma biopsia uterina constata uma hiperplasia endometrial. A recusa da realidade, nesse caso, se traduziu pela negligência com a qual essa paciente tratou os sinais somáticos evidentes no seu corpo, marca de uma espécie de surdez ao que esse corpo tentava insistentemente “dizer”.

Fenômenos como esse, de recusa da realidade dos sinais somáticos, não escaparam aos observadores mais atentos entre psiquiatras, psicólogos e psicanalistas. Se o fenômeno que Freud designou como *Verleugnung* - que em nossa

ir de uma simples surdez em relação aos sinais somáticos, mais ou menos evidentes, até uma recusa da realidade claramente psicótica.

A partir de tudo isso, suponho que, em alguns pacientes, a recusa da realidade abrigaria um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável. Neste sentido, o sentimento de onipotência e a recusa da realidade parecem manter entre si relações estreitas, combinando-se, às vezes, com um ideal de ego bastante poderoso que leva o indivíduo a tentar manter-se na ilusão de um corpo inatingível e de uma saúde perfeita.

dade, mesmo quando se trata de operações claramente ligadas à consciência, como é o caso da percepção.

Para melhor circunscrever essa problemática, restrinjo-me à questão que denominarei o fenômeno do *silêncio dos órgãos*<sup>12</sup>, isto é, àqueles casos em que observa-se uma ausência completa de sinais somáticos, deixando sob a égide da recusa (da realidade) (*Verleugnung*) os casos nos quais os sinais mórbidos aparecem como evidentes. Essa restrição supõe, naturalmente, a idéia de que, em relação a recusa da realidade, o *silêncio dos órgãos* parece designar um momento anterior. No *silêncio dos órgãos*, o corpo é colocado em silêncio, não faz nenhum barulho, não “fala”; na recusa da realidade, o corpo “fala” mas não é escutado, testemunhando, assim, de uma espécie de surdez em relação aos sinais que se mostram.

A minha questão poderia, então, ser formulada claramente assim: o que permite ao corpo existir enquanto objeto psíquico?

### O modelo do investimento hipocondríaco do corpo

Tomando como princípio metodológico o que Freud ensinou com o seu método de construção teórica, ou seja, a necessidade de “reencontrar a aparente simplicidade do normal através de conjecturas a partir das distorções e exageros do patológico”<sup>13</sup>; pode-se dizer que a hipocondria interessa na medida em que pode ser compreendida como o “exagero” patológico de uma escuta do corpo. Será através desse “exagero” que tentarei compreender os mecanismos em jogo na percepção dos sinais somáticos.

Deixando entrever que uma certa situação libidinal estaria na base da “amplificação” das sensações corporais no sonho, Freud observa que é sob o efeito de uma

regressão, própria ao adormecer, que o corpo pode ser informado, pelo seu erotismo interno, de modificações corporais incipientes “que, na vida de vigília, permaneceriam inobservadas ainda por algum tempo”<sup>14</sup>. Para Freud, é suficiente assinalar esse estado libidinal próprio do sono. É nessas condições que Freud fala de um reconhecimento precoce, pelo sonho, das modificações corporais que têm lugar no interior do corpo.

Com o conceito de pulsão, Freud coloca em evidência a distinção entre um corpo anatômico e um corpo libidinal. Do ponto de vista da psicanálise, o corpo é, então, a sede de conflitos pulsionais. Sendo assim, quando falamos de uma abordagem psicanalítica do corpo só podemos estar nos referindo àquilo que a escuta do analista reconhece e acolhe enquanto um corpo cuja “anatomia” é construída a partir dos investimentos libidinais mediados pela alteridade e pelos fantasmas.

Ora, quer seja na compreensão do caráter hipocondríaco do sonho ou da hipocondria em toda a sua diversidade de concepções teórico-clínicas, o ponto que Freud salienta em primeiro lugar remete diretamente à teoria da libido, ou seja, ao desenvolvimento da libido nos seus momentos auto-erótico e narcísico. De fato, o investimento que opera o hipocondríaco no seu próprio corpo permitiu a Freud utilizá-lo como um modelo privilegiado do retorno da libido sobre o ego, o que me conduziu a formular a hipótese de que o investimento libidinal é um substrato necessário à atividade perceptiva.

Se no início Freud atribuiu aos orifícios do corpo o estatuto de zonas erógenas, ele vai defender, em 1914, que a erogeneidade é uma propriedade de todos os órgãos. Essa segunda versão da erogeneidade a descreve como generalizada a todo o corpo e, por isso mes-

mo, suscetível a aumentos e diminuições em cada parte desse mesmo corpo. Freud explicará assim a hipocondria como a modificação da erogeneidade de certos órgãos, que corresponde a uma modificação dos investimentos da libido no ego.<sup>15</sup>

Desde 1911, no texto sobre Schreber, Freud havia descrito três momentos no desenvolvimento da libido: o auto-erotismo, o narcisismo

N.  
*silêncio dos órgãos* o  
corpo é colocado em  
silêncio, não faz  
barulho, não “fala”; na  
recusa da realidade,  
o corpo “fala”,  
mas não é escutado.

mo e o amor objetal. O narcisismo era, antes de tudo, um estágio indispensável a esse desenvolvimento, mas também um momento no qual a libido passa do auto-erotismo ao amor objetal. Em 1911, já encontramos a idéia de que o narcisismo reúne “em uma unidade as pulsões sexuais que trabalham auto-eroticamente”. A unidade em questão é antes de tudo “o si mesmo, o próprio corpo”<sup>16</sup>. O amor que experimentamos por nós mesmos constituiria assim um ponto de passagem necessário para atingir o amor objetal. No que diz respeito ao auto-erotismo, vale salientar que em 1905 Freud já o apresentava

como o protótipo da sexualidade infantil em oposição a uma atividade sexual adulta caracterizada pela escolha de objeto<sup>17</sup>.

Em 1914, Freud enfatiza que os objetos que inicialmente asseguram a conservação do indivíduo tornam-se, em seguida, os primeiros objetos sexuais e o alvo do investimento libidinal<sup>18</sup>. Lembremos que

aqueles que tomam o corpo como um objeto singular de investimentos. Em se tratando da hipocondria, fica-se tentado a falar de um autoerotismo negativo em razão do desprazer que ele provoca. Entretanto, no caso da hipocondria, mesmo se o prazer é travestido pela dor, permanece a presença de um investimento libidinal, enquanto o

um investimento libidinal suficiente, tem-se a impressão de estar diante de uma espécie de sono do corpo, porém um sono sem sonho. Isso permite supor que um mínimo de investimento "hipocondríaco" do corpo é necessário a toda organização psíquica. Seguindo literalmente a pista de Freud, vale a pena insistir que o uso que aqui se faz da hipocondria atribui a ela um interesse muito além daquele que se pode ter pelo sintoma hipocondríaco ou pela doença hipocondria propriamente dita.

A fecundidade semântica da palavra "hipocondria" coloca no horizonte da atualidade muitas questões: quando falamos de hipocondria estamos falando de uma síndrome ou de um sintoma? Da neurose ou da psicose? Trata-se de um modo de organização psíquica temporário, que poderia aparecer em diferentes períodos da existência (por exemplo adolescência, menopausa, terceira idade)? Estaria ligada a determinados momentos da análise? Faz ela referência a um mal-estar psíquico, que na cultura atual parece traduzir-se mais facilmente por uma queixa somática? Ou seria ela uma forma de antecipação de uma doença ainda não identificada?

Toda essa variedade de questões testemunha o interesse no estudo da hipocondria com o objetivo de permitir uma maior compreensão de alguns dos fenômenos com os quais nos deparamos no cotidiano da clínica psicanalítica atual. Como Freud mesmo salientou nos seus *Estudos sobre a histeria*: "atribuir à palavra hipocondria apenas o sentido restrito de 'medo de doenças' é limitar em muito sua aplicabilidade"<sup>19</sup>. Articulando sonho e hipocondria, procuro enfatizar um certo modelo de escuta do próprio corpo que pode nos ajudar a pensar também as modalidades de escuta dos eventos corporais no interior da situação analítica.

**N**a hipocondria, mesmo se o prazer é travestido pela dor, permanece a presença de um investimento libidinal, enquanto o *silêncio dos órgãos* parece denunciar uma anestesia do corpo libidinal.

mais tarde Freud vai colocar a autoconservação ao lado da sexualidade, sob a égide de *Eros* ou pulsão de vida, em oposição à pulsão de morte. Sendo assim, cabe salientar que o papel do qual estão revestidos os primeiros objetos sexuais é não somente o de assegurar a conservação do corpo mas também, por conseqüência, o de promover a sexualidade enquanto tal. Isso coloca em evidência o fato de que é o outro, a alteridade, o eixo constitutivo da subjetividade, que se encontra na origem do investimento libidinal do corpo.

A noção de auto-erotismo, tal como foi enunciada por Freud nos *Três ensaios*, apesar de ter sido relativamente deixada de lado em função do narcisismo, mantém aqui todo seu interesse, sobretudo no que diz respeito à compreensão psicanalítica tanto da hipocondria como de certos pacientes somáticos,

*silêncio dos órgãos* parece denunciar um fenômeno de anestesia do corpo libidinal.

Se a libido quando se retira dos objetos retorna ao ego, pode-se pensar que isso esclareceria o apego do hipocondríaco ao seu órgão doente, da mesma forma que esclareceria o mecanismo da natureza hipocondríaca do sonho. Isto é, durante o sono, o investimento libidinal no ego permitiria ao sonho "amplificar" as sensações corporais mínimas. Porém, para que isso seja possível, é preciso que o corpo esteja investido de uma capacidade erógena minimamente suficiente. Dando provas dessa capacidade, o hipocondríaco retira o seu investimento libidinal dos objetos para concentrá-lo quase inteiramente sobre o órgão ou a função orgânica que o preocupa. Já naqueles pacientes nos quais observamos o fenômeno do *silêncio dos órgãos*, na ausência de

## Do “corpo de sensações” ao “corpo falado”

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. Aquelas sensações que causam desprazer vão constituir uma demanda e, quando o bebê chora, está, à sua maneira, exprimindo uma queixa. A mãe responde a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis. Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu, ela precisa dar provas de um

preciosos. Ela salienta, primeiramente, a relação da mãe com o seu próprio corpo como “lugar do prazer” e, em seguida, chama a atenção para o prazer que a mãe pode experimentar no contato com o corpo do bebê, o prazer de nomeá-lo e de dar assim ao bebê um conhecimento da existência desse corpo. Esses dois níveis de prazer funcionariam, segundo Piera Aulagnier, como as condições iniciais que permitiriam à criança, mais tarde, conceber o seu corpo como um espaço unificado. Ela salienta, ainda, a importância, nesse trabalho de

mentos que permitiriam, ainda na experiência de dispersão do corpo, a constituição do auto-erotismo e abririam, em seguida, a passagem em direção ao narcisismo, com a constituição de um corpo unificado, e assim em direção ao amor objetal.<sup>20</sup>

Enfatizando que no começo da vida é a mãe que escuta e interpreta os sinais do corpo do bebê, e que esse trabalho de escuta e interpretação só é possível se existe da parte dela um investimento libidinal nesse corpo, saliente, de acordo com Freud, que o papel da mãe não é simplesmente o de assegurar a conservação da vida, mas, simultaneamente, o de permitir o acesso ao prazer através da promoção da sexualidade. Portanto, a vida sexual se organiza a partir desse substrato que é a satisfação das necessidades básicas. A constituição do auto-erotismo supõe originalmente a existência de um objeto maternal que assegurou a satisfação das primeiras necessidades; o auto-erotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto. O acesso ao corpo sexuado, promessa de prazer, supõe, então, a existência de um primeiro tempo no qual as necessidades básicas foram satisfeitas.

Na falta de um investimento necessário, a experiência do corpo ficaria ligada à necessidade, privada da descoberta desse corpo de prazer - num primeiro momento objeto do investimento libidinal da mãe e, num segundo tempo, objeto do investimento libidinal do próprio sujeito. Minha hipótese salienta que naqueles pacientes em que se evidencia uma ausência completa de percepção dos sinais somáticos, a experiência do corpo parece ter ficado ancorada no registro da necessidade, num tempo anterior ao auto-erotismo. Neste sentido, o fenômeno do *silêncio dos órgãos* denuncia, de uma certa forma, uma falência da erogeneidade e, por consequência da autopercepção.

**N**os pacientes em que se evidencia uma ausência completa de percepção dos sinais somáticos, a experiência do corpo parece ter ficado ancorada num tempo anterior ao auto-erotismo.

funcionamento psíquico, por assim dizer, suficientemente “hipocondríaco” - nem a mais, nem a menos. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela as partes, as funções e as sensações desse corpo. Este investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse “corpo de sensações” em um “corpo falado”.

A esse propósito, Piera Aulagnier fornece alguns elementos

nominação do corpo, da palavra da mãe no reconhecimento do prazer que a criança experimenta no seu próprio corpo, pois são esses prazeres parciais do começo que preparam o acesso ao gozo sexual, se esse corpo pode tornar-se um espaço unificado. Piera Aulagnier insiste ainda que é também o prazer que a mãe experimenta na sua relação com o pai que garante à criança, mais tarde, além dos prazeres parciais da sexualidade infantil, o acesso a sua própria procura de prazer objetal. Antes mesmo que a criança adquira a noção de um corpo unificado, são esses diversos ele-



## O corpo na clínica psicanalítica

Para que as construções teóricas tenham, de fato, um interesse, é preciso imaginar os possíveis desdobramentos no sentido de uma transformação da própria clínica, no sentido de uma abertura da nossa escuta. Em psicanálise a teorização exige, como em nenhum outro domínio, a pesquisa dos seus fundamentos metodológicos nos ecos que emanam da especificidade da sua clínica. Sendo assim, o objetivo da pesquisa em psicanálise é permitir, em última instância, pensar a situação analítica tal como ela é, a saber, duplamente caracterizada - enquanto método de trabalho teórico e enquanto método terapêutico.

Se até aqui me detive nas vicissitudes do investimento libidinal para tentar compreender o que se passa quando o corpo não consegue se representar enquanto objeto psíquico, seria interessante tentar agora refletir um pouco sobre a maneira como os investimentos libidinais se organizam no interior da situação analítica, onde, muitas vezes, o corpo do analista e do paciente, o corpo de ambos, é solicitado enquanto moeda de troca, através da palavra.

Como salienta Pierre Fédida, "se o médico pode se abstrair de seu corpo e permitir assim que o doente faça o mesmo, para que possa se exercer sobre ele um saber e um poder, o analista não pode esquecer que seu corpo é o cenário no qual vêm atuar os fantasmas do paciente, ou ainda, o lugar imaginário dos desejos de acordo com a economia primitiva da troca com o corpo dos pais"<sup>21</sup>. Pode-se dizer, então, que a aventura psicanalítica começa lá onde acaba a clínica médica. No corpo do analista se encenam os jogos apaixonados da infância, que não poderiam deixar de se atualizar na transferência. E é isso precisamente que faz da situação analítica o lugar por excelência ca-

paz de abrigar essa intensidade libidinal que constitui o *motor* da cura analítica.

Na situação analítica, em princípio, a expressão que o sujeito dá àquilo que se passa com ele é uma expressão verbal e metafórica, permitindo, desta forma, o desenrolar do trabalho analítico na tessitura fina dos meandros da linguagem. O contato com os pacientes somá-

No corpo  
do analista se encenam  
os jogos apaixonados  
da infância,  
que não poderiam  
deixar de se atualizar  
na transferência.

ticos<sup>22</sup> rapidamente ensina que a expressão verbal e metafórica freqüentemente utiliza o corpo como imagem, solicitando do analista um olhar e uma escuta capaz de figurar essa imagem e descrevê-la em palavra.

Esses pacientes, entre alguns outros, colocam em evidência a limitação da escuta do analista se esta tenta se guiar pelo modelo clássico, em que o trabalho analítico visa desvendar os sentidos ocultos do sintoma. Esses pacientes parecem necessitar que o analista os acompanhe na busca das palavras capa-

zes de acolher os detalhes os mais fortuitos da sua fala e colocá-los em relação com o que se passa no seu corpo, permitindo, desta forma, que um sistema simbólico possa ir lentamente se estabelecendo em torno do evento somático. Justamente onde o sujeito só pode mostrar seu corpo através dos processos psíquicos, isto é, através da palavra, é a escuta do analista que pode acolher a emergência do evento somático na vida do paciente, reinventando-lhe uma trama. Esse acolhimento só é possível se o analista não se perder nas ressonâncias contratransferenciais de suas próprias representações frente à doença somática apresentada pelo paciente.

Ora, sabe-se que os eventos somáticos, talvez pela sua carga de realidade muitas vezes inexorável e cruel, afetam mais ou menos intensamente o analista. A intensidade dessa afetação interfere, certamente, na condição psíquica determinante da escuta do analista, uma condição que se instaura e se desfaz sem cessar. A violência com a qual às vezes o corpo irrompe o espaço analítico dificilmente pode deixar o analista indiferente. Se os males do corpo têm o poder de alterar tragicamente os destinos de uma vida, o que dizer dos pretensos destinos de uma análise? Uma jovem de 25 anos, atônita pela descoberta inesperada de uma doença grave, disse: "A doença mudou meu discurso!" Fica claro que o discurso é aqui o patamar da subjetividade. Uma subjetividade inexoravelmente transformada pelo evento somático.

A intensidade dessas experiências solicita do analista a delicadeza de tentar manter-se no espaço de um "entre", isto é, não cedendo cegamente às demandas imediatas e nem se ausentando demais num silêncio sem eco, tentando permanecer no espaço suspenso e aberto da palavra. Um silêncio rígido do analista pode enviar o paciente a uma solidão muda, remetendo-o à

Um silêncio rígido do analista pode enviar o paciente a um solidão muda, remetendo-o à sua própria morte e à incapacidade de lidar com os traços traumáticos de sua própria história.

sua própria morte e à incapacidade de lidar com os traços traumáticos de sua própria história. Não é à-toa que esse tipo de paciente tem necessidade de constatar a presença viva do analista; é essa presença que lhe assegura que o analista não está "morto". É interessante notar que simples expressões sonoras que emanam do analista muitas vezes são suficientes para reassegurar o paciente, permitindo assim o desenrolar do trabalho associativo.

Nessas condições, o trabalho analítico pode funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo, como salienta Joel Birman: "A presença viva do analista é necessária para que ele possa acolher o impacto das forças pulsionais, se constituindo assim como esse Outro através do qual a libidinização torna-se possível"<sup>23</sup> Ora, no início da vida, quem acolhe o impacto das forças pulsionais, procurando dar-lhes nome e sentido, é a mãe (ou seu substituto). Trata-se, aqui, não apenas de acolher, mas de acolher e nomear; é esse acolhimento e essa

nomeação que dão ao bebê a experiência da presença da mãe.

Conforme salientei, para que a mãe possa escutar o corpo do bebê e interpretar-lhe os sinais, ela precisa dar provas de um funcionamento psíquico que qualifico de "hipocondríaco", justamente por colocar em evidência a presença de um investimento libidinal nesse corpo. Necessário a toda organização psíquica, esse investimento "hipocondríaco" é o que permite à mãe "escutar" um corpo que não pertence mais ao seu, tornando-se capaz de interpretar esse corpo, nomeando-lhe as demandas.<sup>24</sup>

Tomando o funcionamento "hipocondríaco" da alteridade materna como um modelo de escuta dos eventos corporais na situação analítica, posso concluir enfatizando que é o Outro-analista que, justamente enquanto outro, pode investir o corpo mudo e, através dessa complexa operação de presença, tentar acolher e nomear as sensações desse corpo, transformando-o num "corpo falado".

Reinventando a trama da linguagem, a situação analítica permite a emergência de um corpo que encontra, na experiência engendrada pela escuta, a possibilidade de existir enquanto objeto psíquico. Na análise, é pela palavra que o corpo se torna novamente habitado. ■

## NOTAS

1. J. Starobinski, "Brève histoire de la conscience du corps", *Revue Française de Psychanalyse*, tome XLV, 2, Paris, 1980, p. 261.
2. Sobre os trabalhos da Escola de Paris, remeto o leitor a F. Ferraz e R. Volich (org.) *Psicossoma - Psicossomática Psicanalítica*, São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 1997 e a R. Volich, F. Ferraz e M. A. Arantes (org.) *Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica*, São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo, 1998.
3. J. McDougall, *Théâtres du corps*, Paris, Editions Gallimard, 1989.
4. Poesia de Fernando Pessoa "Cancioneiro" in *Obra Poética*, Editora Nova Aguilar, Rio de Janeiro, 1983.
5. Essa pesquisa deu origem a minha tese de doutoramento realizada no Laboratoire de

Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse da Universidade de Paris VII, sob a orientação de Pierre Fédida.

6. Cf. Meu trabalho "L'hypertension artérielle essentielle: la maladie du silence". Monografia apresentada para obtenção do "Diplôme d'Etudes Approfondies" no Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse da Universidade de Paris VII, sob a orientação de Pierre Fédida.
7. P.-L. Assoun, "Le corps: L'Autre métapsychologique", in *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, Quadrige/ P.U.F., 1993, p. 161.
8. S. Freud, "Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos" (1917) in *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1974, p. 254.
9. Foi o que me levou a utilizar a bela expressão de Pierre Fédida "a hipocondria do sonho" para dar título ao meu trabalho. Essa expressão é utilizada por Fédida em 1977 para intitular um artigo que, partindo da idéia de Freud da natureza hipocondríaca do sonho, busca compreender a hipocondria como uma espécie de reação à perda narcísica, em comparação com o fenômeno do luto e da melancolia. (Cf. P. Fédida, "L'hyppocondrie du rêve", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 5, Paris, 1972, p. 225-238.
10. Cf. P. Antonelli, "Le temps du déni", *Revue de Médecine Psychosomatique*, 17/18, Paris, 1989, p. 31-47; R. Dantzer, "Psychosomatique et maladie: L'apport de la psychoneuro-immunologie", *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8, Paris, 1992, p. 513-528.
11. S. Freud, "L'analyse avec fin et l'analyse sans fin" (1937), in *Résultats, idées, problèmes II* (1921-1938), Paris, P.U.F., Primeira edição 1985, 1995, p. 252.
12. Tomo emprestado essa expressão da definição de saúde de R. Leriche que postulou, em 1936, que "a saúde é a vida no silêncio dos órgãos". O caráter paradoxal que essa expressão adquire no contexto desse trabalho foi objeto de um detalhado desenvolvimento no segundo capítulo da tese referida anteriormente.
13. S. Freud, "Pour introduire le narcissisme (1914)" in *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., Primeira edição 1969, 1973, p. 88.
14. S. Freud, Suplemento metapsicológico..., *op.cit.*, p. 254.
15. S. Freud, Pour introduire le narcissisme, *op.cit.*, p. 90.
16. S. Freud, "Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique (1911)", in *Oeuvres Complètes*, vol. X, Paris, P.U.F., 1993, p.283.
17. S. Freud, "La sexualité infantile", in *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Paris, Editions Gallimard, 1987, p.93-140.
18. S. Freud, Pour introduire le narcissisme, *op.cit.*, p. 93.
19. S. Freud, *Etudes sur l'hystérie* (1895), Paris, P.U.F., Primeira edição 1956, 1996, p. 207.
20. P. Aulagnier, *La violence de l'interprétation*, Paris, P.U.F., Primeira edição 1975, 1991, p. 291-293.
21. P. Fédida, *Corps du vide et espace de séance*, Paris, Jean-Pierre Delarge éditeur, 1977, p. 24.
22. A expressão "pacientes somáticos" refere-se aqui àqueles que procuram uma análise supostamente motivados por uma queixa somática.
23. J. Birman, "Le corps et l'affect en psychanalyse: une lecture critique des discours freudien", *Revue du Cercle Freudien - Che vuoi?* Nouvelle série n° 7, Paris, 1997, p. 26.
24. O verbo escutar, originando-se do latim "auscultare", remete ao método da escuta médica, a auscultação, que significa literalmente a "escuta dos barulhos internos do sujeito" - método que significa aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir, ouvir com atenção. Precisamente dar ouvidos a...dar ouvidos àquilo que se enuncia apenas veladamente, àquilo que somente um ouvido atento e experimentado na arte da escuta pode acolher.