



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Fernandes, Maria Helena

As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. IV, núm. 4, diciembre, 2001, pp. 61-80

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017674005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria

Maria Helena Fernandes

A partir da constatação de que atualmente o corpo ocupa um lugar estratégico nas formas de apresentação do sofrimento humano, este trabalho se propõe a pensar a diversidade dessas formas a partir do modelo psicopatológico da hipocondria. O modelo do investimento hipocondríaco do corpo, enfatizado por Freud, mostra-se um instrumental útil para a compreensão das experiências de percepção e representação do corpo, o que certamente nos permite refletir sobre as modalidades de escuta dos eventos corporais na clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Hipocondria, metapsicologia, corpo, escuta analítica

Mistério e fragilidade do corpo, doença e morte, são os aspectos da hipocondria humana que nos tomam, a todos, pelas entranhas...

Henry Ey

As novas imagens evocadas pelas formas clínicas da atualidade parecem inventar, ou reinventar, com maestria, novas sintomatologias para a velha dimensão do sofrimento humano. Um sofrimento que, segundo a psicanálise, leva em consideração esse *pathos* que carrega a memória da alteridade na origem de toda experiência humana. Ora, se a psicanálise pode ainda se definir como a *arte da escuta* do sofrimento humano, pode-se pensar que esse sofrimento reclama novas *formas de apresentação*, cumprindo sempre a mesma exigência de se fazer *escutar*.

Embora novas *imagens* tenham surgido – reflexos da mudança dos tempos –, elas continuam, no entanto, a guardar a mesma característica das imagens dos corpos retorcidos das histéricas de outrora, ou seja, a imagem do velamento do sofrimento, do tumulto, do conflito, da dor.

Assiste-se, assim, a emergência de novos sintomas: os abundantes e variados transtornos alimentares, a compulsão para comprar, para trabalhar, para fazer exercícios físicos, as incessantes intervenções cirúrgicas de modelagem do corpo, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca psicopatológica da saúde ou, ao contrário, um esquecimento patológico do corpo etc. Sintomas que denotam, a meu ver, de forma positiva ou negativa, a submissão completa do corpo.

Com o objetivo de indicar o caminho metodológico que pretendo traçar para apresentar algumas hipóteses de trabalho, começarei expondo alguns *flashes* da minha clínica psicanalítica. Digo *flashes* porque não se trata de casos clínicos, nem tampouco de vinhetas clínicas, mas tão-somente de *imagens*. Imagens que evocam *cenários* de uma clínica que denominei a clínica da *psicopatologia do corpo na vida cotidiana*.

- Flávia, 35 anos, dois filhos; aos 20, uma cirurgia plástica para diminuir os seios; hoje, 4 lipoaspirações “para tirar as gordurinhas” – diz ela – “a da barriga não ficou legal, era melhor como antes, vou ter que refazer!”

Outra cirurgia, desta vez para aumentar os seios: “agora é legal ter seios grandes”. Procura análise após sentir-se “esgotada e sem ânimo” depois da doença do filho mais novo, que chegou a precisar de uma cirurgia.

- Lígia, cujo corpo emagrecido esforça-se por esconder sua rara beleza, vem encaminhada pelo psiquiatra. Encontra-se muito deprimida, chegando a comer e vomitar até oito vezes ao dia. Afirmo ela: “a minha mãe diz que vomito para não engordar, mas a verdade é que não posso suportar tudo aquilo dentro de mim”.
- Pierre, 50 anos, o cardiologista e a mulher acham importante que ele inicie uma análise. Teve um infarto agudo do miocárdio há três meses: “Eu tive o infarto mas não senti nada, foi o médico que descobriu” – diz ele. Ângelo, também teve um infarto, tem apenas 42 anos, recordando-se desse dia, comenta: “Eu tive dor a noite inteira, mas não quis acreditar que poderia ser algo grave”.
- Eduardo está atormentado pelo temor de ter contraído AIDS após uma “transa” em que a camisinha rasgou. O resultado negativo do exame de sangue não lhe restitui a calma esperada. Queixa-se de dores nas costas, sente-se cansado e questiona-se: “e se estiver com um câncer?”
- Marília, olhar esperto, corpo miúdo, é bailarina de profissão. Não sabe o que se passa com ela, acha que tem tudo, mas não consegue se sentir “feliz”; “acho que sofro de TPM” – diz ela. Machuca-se com facilidade, chegando a precisar parar de trabalhar. Diz que parece não sentir o corpo apoiar-se, em toda a sua extensão, no divã. O corpo não tem densidade, Marília flutua!

Essas *imagens* evocadas pela clínica psicanalítica, funcionando como espelhos da cultura, refletem, de forma diversificada, a imagem do mal-estar na atualidade.

Freud (1921: 5-83), no texto “Psicologia das massas...”, afirma que não existe constituição solipsista do psiquismo. Se “a psicologia individual é simultaneamente psicologia social”, pelo simples fato de que a subjetividade se constitui a partir da alteridade, da existência fundamental do outro como eixo constitutivo do psíquico, então, pode-se avançar a idéia, de acordo com Freud, de que as formações psicopatológicas falam da cultura, ou melhor, retiram dela o material de base que lhes dará forma, que lhes dará *imagem*!

Estabelece-se, com isso, um diálogo que, colocando em evidência os modos de subjetivação de uma época, reproduz, conforme salienta Sílvia Alonso (2000: 81-102), “o que circula como representação coletiva”. A partir daí, fica mais fácil entender como o imaginário da época, com suas referências estéticas, opera na construção dos novos sintomas.

A negação de toda interioridade parece nos afastar cada vez mais de uma subjetividade pautada nos ideais do romantismo de Emma, de Flaubert¹ ou Julie de

1. Gustave Flaubert. *Madame Bovary*.

Balzac² – personagens facilmente identificadas ao modo de subjetivação colocado em evidência pela neurose. Se me deixo levar por um raciocínio psicopatológico, fico tentada a pensar que a evolução do pensamento psicanalítico migra do modelo da neurose para o modelo da psicose.

As contribuições de Melanie Klein, Lacan, Bion e Winnicott, criando novos conceitos e alargando fronteiras, permitiram que a ênfase fosse, de uma certa forma, colocada no modelo da psicose. Isso pode ser facilmente verificado pela quantidade e pela qualidade das publicações psicanalíticas abordando os casos-limite, as psicoses infantis, o autismo etc. A subjetividade aparece, e permanece aí enredada nos meandros do conflito, denotando toda a complexidade e riqueza da interioridade.

Contrariamente a essa ênfase na interioridade, vê-se atualmente uma ênfase na exterioridade, com predomínio das patologias da ação e do corporal.³ As problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo; a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito. O culto ao corpo e à imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição de possibilidade de sua existência.

Em termos de publicações psicanalíticas, observa-se uma avalanche de trabalhos abordando direta ou indiretamente as problemáticas corporais. Assim como presencia-se na clínica um aumento considerável de demandas de análise que passam pelas *questões corporais*. O corpo toma a frente da cena, constituindo-se como problemática psíquica, fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico-narcísica. De veículo, ou meio de satisfação pulsional, o corpo passa a ser veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento. Um sofrimento que parece encontrar dificuldade para se manifestar em termos psíquicos.

Esse raciocínio – à medida que se utilizou das formações psicopatológicas para pensar os modos de subjetivação vigentes na cultura e, portanto, presentes na clínica psicanalítica – permite-me avançar a hipótese de que a *hipocondria*, justamente pela sua capacidade de *transitar entre a neurose e a psicose, entre o normal e o patológico, entre a psique e o soma*, se apresenta como um modelo fecundo capaz de permitir, a partir do instrumental psicopatológico freudiano, pensar as vicissitudes da emergência do corporal na clínica da atualidade.

De um ponto de vista metodológico, buscarei enfatizar as modificações introduzidas por Freud ao longo da construção do seu pensamento, como um meio para demonstrar as aberturas que foram sendo criadas para alargar o campo psicanalítico *para além* do modelo da neurose.

2. Honoré de Balzac. *A mulher de trinta anos*.

3. Sobre as novas formas psicopatológicas da atualidade, remeto o leitor ao artigo de Mário Fuks, “Questões teóricas na psicopatologia contemporânea”, in *A clínica conta histórias*, p. 201-216.

O método de Freud

A leitura de Freud revela o quanto a sua maneira de raciocinar por comparações e analogias entre os diferentes quadros clínicos – entre histeria e neurose obsessiva, entre neuroses e perversões etc. – mostrou-se fecunda na tentativa de explicar as vicissitudes do funcionamento psíquico. Pode-se mesmo dizer que esse método lhe permitiu colocar em relação entidades nosológicas diferentes, nomeando-as e descrevendo as especificidades de cada uma delas.⁴ Outros dois importantes procedimentos presentes no método da escrita freudiana devem ainda ser aqui evocados.

O primeiro consiste na comparação entre as “formações do inconsciente”, do qual o sonho é um exemplo, e os estados patológicos,⁵ o que implica em colocar o normal e o patológico na raiz mesmo do poder explicativo dos conceitos. O segundo procedimento consiste numa *adjetivação* das palavras, que transforma os substantivos, extraídos da linguagem psicopatológica da época, em adjetivos que servem para qualificar as produções normais do psíquico.

Em 1917, Freud nos oferece dois exemplos surpreendentes desse procedimento, a saber, a comparação do trabalho do sonho com a esquizofrenia e o fato de qualificar de *hipocondríaca* a capacidade do sonho em antecipar o reconhecimento de

4. Por exemplo, Freud escreve que “... a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão”, in *Trois essais sur la théorie sexuelle*, p. 80. Ou ainda: “Em nenhuma outra neurose as fantasias que se transformam em sintomas aparecem com maior evidência do que na histeria; em compensação, as resistências ou formações reativas dominam o quadro da neurose obsessiva; e, de um outro lado, o que nós chamamos de elaboração secundária, ao falar do sonho, ocupa na paranóia um lugar de destaque a título de falsa percepção etc.” in *Introduction à la psychanalyse*, p. 360. Ainda um outro exemplo: “A neurose de transferência corresponde ao conflito entre ego e id, a neurose narcísica (melancolia) àquele entre ego e superego, e a psicose àquele entre ego e mundo exterior”, in “Névrose et psychose”, in *Oeuvres Complètes*, vol. XVII, p. 6.
5. A obra de Freud é rica nesses tipos de exemplos. Saliento aqui apenas alguns que me chamaram a atenção no que diz respeito a comparação entre: 1) Sonho e Fobia: “O conteúdo de uma fobia é para ela mesma o que a fachada visível de um sonho manifesto é para o sonho propriamente dito” (“L’angoisse”, in *Introduction à la psychanalyse*, p. 387); 2) Sonho e Psicose: “O parentesco interno dessa psicose (a amênia de Meynert) com o sonho normal não pode ser desprezado. Além do mais, a condição do sonhar é o estado de sono cuja característica principal é o completo afastamento da percepção e do mundo exterior” (“Névrose et Psychose”, in *Oeuvres Complètes*, vol. XVII, p. 5); 3) Histeria e Estado afetivo normal: “A crise histérica pode ser comparada a um estado afetivo individual normalmente constituído, e o estado afetivo normal pode ser considerado como expressão de uma histeria genética, que tornou-se hereditária” (“L’angoisse”, in *Introduction à la psychanalyse*, p. 373).

modificações que estão ocorrendo no interior do corpo. A respeito desta última, vejamos como se expressa Freud: “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 esta amplificação das sensações é de “natureza hipocondríaca” e “... depende da retirada de todos os investimentos psíquicos 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” (p. 125).

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 parece permitir uma compreensão metapsicológica do modo de relação do inconsciente com o corpo.

Essa transformação do substantivo *hipocondria* (palavra que serve para nomear uma doença) no adjetivo *hipocondríaco* (palavra utilizada para qualificar uma função do sonho em relação ao corpo) me interessa particularmente aqui. Podemos nos perguntar: quais são as conseqüências, para o pensamento teórico, da utilização de um qualificativo *psicopatológico* (hipocondríaco) para nomear uma característica *normal* do sonho?

Sem dúvida, Freud (1916[1917]: 367) reafirma aqui o seu esforço de nominação, sua busca das palavras, tanto na linguagem da psicopatologia de sua época quanto na língua comum: “Os nomes são certamente de um uso corrente, porém as coisas que eles designam são indeterminadas e incertas”. Retomando a lição metodológica de Freud, não seria útil continuar a deixar o normal e o patológico se aproximarem e se influenciarem de tal forma que eles pudessem se esclarecer mutuamente? Ou, dito de outro modo, não poderíamos nos servir dessa marca da escrita freudiana para pensar a diversidade de formas de presentificação do corpo na clínica?

O fato de os desenvolvimentos de Freud sobre a hipocondria serem, em sua maioria, proposições alusivas e pontuais, não nos autoriza a falar de uma *teoria da hipocondria* em Freud, da mesma forma que podemos falar de uma *teoria do sonho*. Entretanto, essa evidência não deve velar o interesse pelas relações que podemos estabelecer entre sonho e hipocondria.

Sabe-se que Freud, desde a época da sua interlocução com Fliess, recusava todo tipo de sistematização da representação corporal no sonho, o que se traduzirá mais tarde por sua recusa em fazer um dicionário de sonhos, a recusa do caráter simbolista de algumas abordagens do sonho, conforme já salientei num outro momento (Fernandes, 1999, cap. 2). No entanto, ele vai retomar essa idéia da representação corporal para assinalar, precisamente, a necessidade de pensar o sonho enquanto uma *formação hipocondríaca*. O que Freud testemunha aqui não é simplesmente uma intuição que seria desprovida de interesse psicanalítico, mas o mecanismo mesmo da

hipocondria: o hipocondríaco exagera sua dor, assim como o sonhador amplifica suas sensações corporais.

A plasticidade da hipocondria

No final do século XIX, a discussão nosológica sobre a hipocondria dividiu-a em dois tipos: a hipocondria maior e a menor.

A hipocondria maior, ligada às psicoses, constituía um tema de delírio sistemático, como o delírio de perseguição e o delírio megalomaniaco. Foi nessa época que se descreveu a célebre síndrome de Cotard. Jules Cotard evoca, na verdade, um tipo de delírio que vai do sentimento de transformação dos órgãos internos até a negação completa de sua existência. Encontramos nessa síndrome, também, a idéia delirante de enormidade e deformidade física, como ainda da dolorosa imortalidade.

A hipocondria menor, por sua vez, era identificada à neurastenia, descrita em 1869 por Georges Béart, cujos sintomas foram enumerados por ele da seguinte forma: fadiga, cefaléia, raquialgia, distúrbios neurovegetativos, digestivos e sexuais. Todas essas “pequenas dificuldades cotidianas” ligavam-se à neurastenia, lembram Guedeney e Weisbrot (1995: 47), “e podemos facilmente imaginar que as idéias terapêuticas também eram de impressionar: regime dietético, estadias em climas diversos, hidroterapia, eletroterapia e massagens etc. (...) A neurastenia lembra a melancolia e o *spleen* dos médicos e filósofos da Antigüidade. O próprio Freud também retoma esse quadro clínico e o classifica dentro das neuroses atuais”. Nota-se, de saída, o caráter transnosográfico da hipocondria, transitando aí entre a neurose e a psicose.

Desde 1887, Freud menciona a hipocondria na distinção que estabelece entre neurastenia e doenças orgânicas.⁶ Algum tempo depois, ele escreveria:

Para uma forma de expectativa ansiosa, a saber, a expectativa que se relaciona com a saúde própria, podemos reservar o antigo nome de hipocondria. A hipocondria nem sempre pode ser comparada ao nível da expectativa ansiosa comum; ela exige como condição prévia a existência de parestesias e de sensações corporais penosas. A hipocondria torna-se, assim, a forma preferida pelos neurastênicos autênticos quando eles sucumbem à neurose de angústia, o que acontece freqüentemente. (1894: 34)

Mas é em *Estudos sobre a histeria* (1895: 107-108) que Freud se propõe a distinguir as manifestações do corpo na hipocondria, na doença orgânica e na histeria. Enquanto o doente orgânico, “... se não for, além disso, um neurótico, consegue

6. Cf. S. Freud (1887-1902). *La naissance de la psychanalyse*. Refiro-me especialmente a: Lettre à Fliess du 24/11/1887, p. 47; Manuscrit B. 8/2/1893, p. 61-66; Lettre à Fliess du 6/10/1893, p. 70-72; Lettre du 29/8/1894, p. 90-91; Manuscrit K. 1/1/1896, p. 129-137.

descrever suas dores tranqüilamente e com precisão”⁷, o hipocondríaco, diz Freud, se apega intensamente à descrição de seus sofrimentos, buscando na linguagem comum as palavras suscetíveis de ligá-los ao discurso médico. Utiliza-se de imagens na tentativa de tornar cada vez mais clara a descrição do que ele está sentindo. Tentativa, na maior parte das vezes, destinada ao fracasso, visto que o hipocondríaco geralmente sai da consulta médica com a impressão de que não se fez entender. Sua especificidade, acentua Pedinielli (1995: 601), é “a de um sujeito certo da existência de sua doença orgânica e rebelde em relação a qualquer reassseguramento. O que o discurso hipocondríaco exprime é, essencialmente, uma dor e uma angústia”.

Quanto ao histérico, Freud (1893: 55) ressalta o valor que ele dá às partes de seu corpo, já tendo enfatizado antes que se trata aqui de uma *anatomia fantasmática* que vem a ter um papel na construção do sintoma. Por analogia, eu diria que são os órgãos internos e seu funcionamento que chamam a atenção do hipocondríaco. Com efeito, diferentemente do hipocondríaco, encontramos no histérico uma falta de interesse pela descrição de suas dores e, como diz Freud, a atenção de sua paciente “estava voltada para alguma outra coisa cujas dores constituíam apenas um fenômeno concomitante”. O hipocondríaco demonstra, ao contrário, um verdadeiro “trabalho mental” que visa a exprimir, detalhada e perfeitamente, uma *queixa*.

O material que Freud utiliza para distinguir o doente orgânico, o hipocondríaco e o histérico é, portanto, o discurso, as particularidades discursivas desses pacientes. Ele chama a atenção, já nessa ocasião, para a especificidade de nosso *instrumento de trabalho*: é exatamente da relação da palavra com o corpo que devemos nos ocupar.

Deve-se notar, entretanto, que, ao chamar a atenção para a queixa hipocondríaca evocada pelo discurso do paciente, Freud tenta, ao mesmo tempo, compreender a hipocondria colocando-a além da pura descrição nosográfica. Isso aparece claramente quando ele observa, por exemplo, ainda em *Estudos sobre a histeria*: “Todavia, eu não considero exata nenhuma das descrições feitas até hoje, e acho que atribuir à palavra ‘hipocondria’ apenas o sentido restrito de ‘medo de doenças’ é limitar em muito sua aplicabilidade” (p. 207).

Em “Para introduzir a discussão sobre o onanismo”, Freud (1912: 179) já enfatiza explicitamente sua intenção de classificar a hipocondria entre as neuroses atuais, ao lado da neurastenia e da neurose de angústia, ao mesmo tempo em que insiste sobre o fato de as neuroses atuais serem o núcleo do sintoma psiconeurótico – “*esse grão de areia no centro da pérola*”. A hipocondria é relacionada aqui às práticas masturbatórias, e a angústia hipocondríaca aparece como uma tentativa de encobrir os poderosos fantasmas de culpabilidade.

7. Ver ainda o texto “As neuropsicoses de defesa”, publicado um ano mais tarde.

Se simples pontos doloridos podem servir de base à hipocondria, esta aparece, assim, no caso Schreber, como o ponto de partida da paranóia. Freud (1911: 279) acentua, por outro lado, a convergência que existe entre certas idéias delirantes hipocondríacas e as apreensões hipocondríacas ligadas ao onanismo. A esse respeito, Assoun (1996: 229) salienta que: “A culpa onanista, amplamente relegada pelo discurso médico, continha, na verdade, o medo de uma explicação patológica para essas práticas. Isso, em si mesmo, não é original, mas nos coloca na pista do significado auto-erótico do medo hipocondríaco”. Voltaremos mais adiante à relação entre auto-erotismo e hipocondria.

Com efeito, em 1914, Freud incluiu a hipocondria no grupo das neuroses atuais enquanto *neurose atual da psicose*, e o que ele descreve como dependente do registro da hipocondria abriga uma certa variedade de definições. Apesar de a sensibilidade do sonho em relação às sensações corpóreas e o delírio paranóico de Schreber nos colocarem diante de modos diferentes do funcionamento psíquico, quer dizer, diante de uma passagem do normal para o patológico, é a qualificação “hipocondríaco” o que persiste a essa passagem.

No caso do “Homem dos lobos”, Freud liga a preocupação que este tinha com suas espinhas ao onanismo. A extração de seu conteúdo é aqui apresentada como um substituto da prática onanista; em seguida, surge no paciente o medo da mutilação expresso pelo medo de ter alterado, por meio dessa manipulação, a pele de seu rosto. É preciso observar também que, pela evolução hipocondríaca do “homem dos lobos”, Freud acentuou as relações entre *representações de coisas* e *representações de palavras*. Nas psicoses, explica Freud, as segundas sofreriam o mesmo tratamento dado às primeiras.

Em seu texto “O inconsciente”, Freud (1915: 65-121, 111-112), evocando a paciente de Tausk, que se queixa de que seu noivo lhe havia “virado os olhos”, escreve:

... ela não consegue entendê-lo de forma alguma, ele parece diferente a cada momento, é um hipócrita, um *virador de olhos*, ele lhe virou os olhos, agora ela está com os olhos virados, não são mais os seus olhos, ela agora vê o mundo com outros olhos. As declarações da doente (...) nos introduzem ao significado e à gênese da formação das palavras nos esquizofrênicos. Concordando com *Tausk*, ressalto nesse exemplo o fato de a relação com o órgão (com o olho) ter assumido a função de representar todo o conteúdo. O discurso esquizofrênico apresenta aqui um traço hipocondríaco, ele se tornou linguagem de *órgão*.

Na linguagem hipocondríaca, as representações de palavra seriam assim tratadas, segundo Freud, como representações de coisa.

Fédida (1995: 131) faz, em relação a essa passagem de Freud, um comentário que nos interessa particularmente:

Tanto na esquizofrenia quanto na hipocondria, um único elemento (palavra-órgão) é, portanto, capaz de representar um todo (cadeia de pensamentos/corpo). O modelo de produção das imagens do sonho (que é do processo primário), a partir dos pensamentos latentes segundo uma via regressiva, esclarece diretamente a produção de palavras na esquizofrenia. Poderíamos então completar dizendo que, se o sonho é em sua natureza *hipocondríaco*, isso se deve menos a uma representação qualquer de uma doença ou de um órgão doente do que ao fato de que os órgãos e suas funções pertencem, de alguma forma, ao tratamento esquizofrênico ao qual o sonho submete as representações de palavra ao reconduzi-las às representações de coisa.

Observamos aqui a preocupação de Fédida, reafirmada a cada vez que a ocasião se apresenta, em “ler” a *natureza hipocondríaca do sonho*, afastando qualquer risco de apreendê-la através de uma espécie de simbolismo esquemático dos órgãos na linguagem do sonho. Neste sentido, ele continua:

O aumento hipocondríaco das sensações corporais do momento em uma escala gigantesca não nos remete a uma leitura somatizante dos sonhos, mas atesta simplesmente que esses restos diurnos infinitesimais, a maior parte das vezes dificilmente perceptíveis durante a vigília, são tratados como representações de coisa e sofrem, então, os efeitos de condensação máxima e deslocamento, produtores de imagens principalmente visuais. (ibid.: 131)

Essas observações sugerem que, se há uma *hipocondria do sonho*, isso não quer dizer que o sonho contenha uma queixa hipocondríaca, mas sim que ele próprio é linguagem de órgão e que, enquanto tal, submete as representações de palavra ao mesmo tratamento que as representações de coisa.

Evocando o fato de as experiências analíticas com os casos “difíceis” alargarem o campo do analisável, Fédida recusa-se a seguir um certo pessimismo de Freud quanto à possibilidade de se analisar os pacientes hipocondríacos, e nos propõe escutar esses pacientes “como escutamos os sonhos na análise – nada mais, nada menos. Pretender, no limite, que o sonho é *linguagem de órgão* dependeria de uma regra metódica que não importaria nenhuma variante no caso de pacientes hipocondríacos em análise” (ibid.: 131).

Fédida nos indica aqui o caminho não somente para uma compreensão teórica, mas também para uma disposição de escuta desses pacientes que nos chegam trazendo suas queixas somáticas. De fato, evocando Ferenczi, Fédida nos convida a considerar a hipocondria “como um *modelo fantástico* de uma *clínica psicanalítica* das afecções somáticas engendradas pelas paixões da alma” (ibid.: 118).

Sugiro, então, ampliar o alcance dessas formulações, pois a presença do corpo na clínica psicanalítica, sobretudo atualmente, vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada. Conforme já enfatizei, a presença do corpo se faz, insistentemente, também pelo negativo, o que nos leva necessariamente à pergunta: o que permite ao corpo existir enquanto objeto psíquico? (Fernandes: 1999a).

O modelo hipocondríaco

*A hipocondria abre o caminho para o conhecimento corporal de si –
o domínio de si e a animação de si.*

Novalis, 1798-1800

O trajeto da hipocondria no pensamento de Freud mostra que ele começou colocando-a no terreno das neuroses atuais, diferenciando-a claramente da histeria. A seguir, à luz de sua teoria da libido, e em seu ensaio sobre o narcisismo, ele considera também o auto-erotismo como prazer de órgão e estabelece uma oposição entre libido do eu, domínio da angústia hipocondríaca, e libido de objeto, domínio da angústia neurótica. Nesse mesmo texto, Freud tenta compreender as relações entre a hipocondria e a parafrenia. Assim, a primeira seria para a segunda o mesmo que as outras neuroses atuais são para a histeria e a neurose obsessiva. Como observou Fine (1995: 57), “Freud faz assim da hipocondria o primeiro tempo do delírio, e a liga a um processo patológico no quadro das patologias narcísicas referentes ao corpo”.

Mas Freud (1911: 279) também se interrogou igualmente sobre as possíveis ligações existentes entre a hipocondria e a paranóia. Em seu texto sobre o caso do presidente Schreber, ele escreve:

Eu não deixaria de observar aqui que não considerarei uma teoria da paranóia digna de confiança senão se ela tiver conseguido inserir em seu todo os sintomas hipocondríacos quase regularmente concomitantes. Penso que à hipocondria cabe a mesma posição em relação à paranóia que a posição que cabe a neurose de angústia em relação à histeria.

Essa abordagem freudiana acentua, portanto, o possível destino psicótico da hipocondria, em que ela só aparece, às vezes, como um dos sintomas precursores.

Além das aproximações da hipocondria com a histeria e, no campo das psicoses, com a esquizofrenia e a paranóia, outras aproximações foram estabelecidas. Depois de Freud, a tradição psicanalítica retomou a idéia da relação entre a hipocondria e a melancolia e a depressão, chamando a atenção, desta vez, para os mecanismos de introjeção e projeção.⁸

Se é verdade que Freud não confrontou explicitamente suas hipóteses sobre a hipocondria com os novos conceitos que introduziu nos anos 1920 – como a pulsão de morte, o masoquismo, o fetichismo e a segunda teoria da angústia –, a possibilidade de enriquecer a compreensão da hipocondria à luz dessas inovações não deixa de ter

8. A esse respeito, remeto o leitor às contribuições da Escola Inglesa, e, ainda, ao bem documentado artigo de A. Fine já citado, ao artigo de B. Brusset, “Psychopathologie de l’expérience du corps: l’hypocondrie”, e à totalidade dos trabalhos de P. Fédida em relação a esse tema.

interesse. O fato de a pulsão de morte ter sido descrita como a pulsão sem representação vem igualmente acentuar uma forma de eficácia psíquica que se situa aquém da simbolização, abrindo, assim, todo um campo de possibilidades para se pensar o irrepresentável na metapsicologia.

É importante também acentuar o interesse que reveste a *questão da percepção*, como também a do *auto-erotismo*, para uma melhor compreensão da hipocondria. Brusset (1995: 522) salienta que

... a questão da percepção tomou, para Freud, um outro lugar com o fetichismo (1927) e a noção de clivagem do eu devido ao alcance traumático do “horror da castração”. Na falta de uma simbolização referente à organização fálica-edípica, o superinvestimento da percepção de um elemento perceptível concreto, separado da percepção endopsíquica, é a condição de acesso ao prazer sexual: o sintoma hipocondríaco, diferentemente, aparece como um fetiche negativo por regressão ao auto-erotismo, que inclui o objeto, ao menos parcial, a despeito de sua intenção de emancipar-se dele. A comparação entre hipocondria e fetichismo nos leva a dar lugar às especificidades da percepção, da clivagem e do negativo em relação ao “horror da castração”.

Fine (1995: 70), evocando os trabalhos de Aisenstein, Gibeault e Fain para ressaltar o papel do masoquismo e do auto-erotismo na compreensão da hipocondria, escreve:

Pudemos até fazer equivaler o fenômeno hipocondríaco a uma intricação pulsional por meio da atração do nó masoquista primário, fenômeno que poderia, além disso, proteger de uma verdadeira desorganização psicossomática (M. Aisenstein e A. Gibeault, 1990). (...) M. Fain evoca na hipocondria um “auto-erotismo encravado”, um “auto-erotismo circunscrito dentro de limites para-excitantes”, que visaria mais afastar, por meio de sua presença, o surgimento de uma angústia extrema, que a uma satisfação, o que quer dizer que ele tem uma função de negação em relação à qual, porém, fracassa.

Com efeito, Fain (1990: 76) descreve duas formas de auto-erotismo: “Uma mobiliza o supérfluo de um sujeito intensamente investido por seus objetos de apoio, a outra visa mascarar o sofrimento causado pelas privações”. Esta última visaria, portanto, compensar o sofrimento causado pelas privações iniciais da infância, constituindo um auto-erotismo pobre em representações, ao contrário do primeiro. Para esse autor, é essencial distinguir o objeto narcísico, gerado pelas boas condições de vida iniciais, do objeto narcísico gerado na angústia e na privação:

Um provém do fantasma dos pais, que faziam surgir da percepção de um recém-nascido a imagem de um rei, situando sobre ele um campo de ilusão que o transformava em seu objeto transicional, abrindo-lhe assim a via ao imaginário, a possibilidade de se ver, ele também, como um rei; o outro pode apenas circunscrever seu auto-erotismo dentro de limites para-excitantes. (Ibid.: 77)

De acordo com Fain, o auto-erotismo do hipocondríaco seria deste segundo tipo.

Ainda em relação ao lugar do auto-erotismo na hipocondria, além do trabalho de Fédida anteriormente citado, evoco também o trabalho de Georges Pragier (1995: 86), no qual ele se pergunta se, no hipocondríaco, devemos falar de uma carência auto-erótica ou de um excesso de auto-erotismo deslocado sobre o órgão doente. Vê-se aqui todo o interesse da hipocondria, habitualmente designada como patologia narcísica, para se pensar o auto-erotismo e abordar mais precisamente as relações entre narcisismo e auto-erotismo.

No mesmo trabalho, Pragier, evocando o conceito de mentalização de Pierre Marty, enfatiza que, na hipocondria,

... a *desmentalização* não é completa; o interesse ansioso do paciente por sua doença exprime a persistência do tratamento psíquico do sofrimento referido à fonte corporal. Essa operação psíquica distingue, geralmente, a hipocondria da somatização, e a protege, ao menos, por um tempo. Não é raro encontrarmos na literatura o exemplo clássico de pacientes hipocondríacos que acabam por sofrer realmente da doença pela qual estão obcecados. Podemos, sem dúvida, responsabilizar uma desorganização mais grave, mas nesse caso, por que viriam a sofrer exatamente da doença que temiam? A inquietude em relação ao órgão também não parece poder suscitar que este seja diretamente atingido. Permanece então a possibilidade, no hipocondríaco, de uma percepção precoce infraclínica de distúrbios somáticos iniciantes. (Ibid.: 87)

Em relação a essa ligação entre a hipocondria e a somatização, e, particularmente, em relação a essa sensibilidade hipocondríaca, encontramos em Brusset (1995: 515) algumas colocações que vão na mesma direção:

A introdução, em 1926, do modelo da angústia-sinal, por ocasião da reestruturação da primeira teoria da angústia, nos permite a revisão simétrica da hipocondria pela noção de “hipocondria-sinal”, como sinal do perigo de um dano narcísico? A clínica parece conceder validação empírica imediata à idéia, explicitada recentemente por M. Aisenstein e A. Gibeault, depois de Stolorow, da “angústia hipocondríaca” como sinal de alarme de um perigo que ameaça a esfera narcísica e, mais precisamente, o investimento narcísico do corpo, especialmente em períodos críticos como a adolescência e a menopausa.⁹

No hipocondríaco, o investimento libidinal do corpo parece, efetivamente, ter um papel nessa capacidade de percepção precoce de distúrbios somáticos iniciantes, ao ponto de certos autores não hesitarem em conceder à angústia hipocondríaca a

9. Brusset faz aqui referência ao artigo de Aisenstein e Gibeault “Le travail de l’hypocondrie”, e ao artigo de Stolorow, “Notes on signal function of hypochondriacal anxiety”.

faculdade de funcionar como um sinal de alarme para prevenir o corpo de um perigo que ameaça seu investimento narcísico. Como se a hipocondria, somada à sensibilidade auto-erótica, permitisse antecipar a percepção de um distúrbio somático qualquer que, de um momento para o outro, certamente viria a ameaçar o todo do funcionamento do corpo, constituindo assim uma ameaça narcísica.

Ora, a palavra *hipocondria* recobre então numerosas questões relativas a diversos planos psicopatológicos: o plano da percepção da realidade, o da alucinação, e o da crença; em suma, questões relativas a diversos modos de funcionamento psíquico referentes à experiência do corpo. Essa fecundidade semântica da palavra levanta múltiplas questões: ao falar de hipocondria, falamos de uma síndrome ou de um sintoma, de neurose ou de psicose? Trata-se de um modo de organização psíquica temporário, como sugere Gibeault (1995: 99), que pode aparecer em diferentes períodos da existência (adolescência, menopausa, terceira idade)? Estaria ela ligada a determinados momentos da análise? Faz ela referência à expressão de um mal-estar psíquico que, na cultura atual, se traduziria mais facilmente como uma queixa corporal? Ou seria ela uma forma de antecipação de uma doença somática ainda não identificada?¹⁰

Para estudar a hipocondria, seria necessário analisar cada aspecto desse quadro tão variado e rico, tarefa que não poderia fazer parte de nosso projeto aqui.¹¹ Não se trata de realizar um estudo aprofundado como a hipocondria de fato exige, mas apenas de retrazar brevemente um caminho que nos permita enfatizar a fecundidade do modelo psicopatológico da hipocondria para nos ajudar a pensar a diversidade de questões relativas à emergência do corpo na clínica psicanalítica.

Enfatizando a diversidade semântica que o termo *hipocondria* contém em Freud, e também em alguns autores contemporâneos, busquei salientar a plasticidade da hipocondria. Indo além da distinção feita no século XIX entre hipocondria maior e menor, que visava diferenciar o distúrbio psicótico do distúrbio neurótico no hipocondríaco, essa plasticidade parece-me ainda mais importante quando se nota que trabalhos recentes acentuam, como observa Brusset (1995: 528), que uma teoria da hipocondria, “para dar conta da especificidade dos sintomas, deve levar em conta o estatuto da percepção da sensação corpórea e, a partir daí, da consciência do corpo em suas relações com o inconsciente”. É em relação a essa plasticidade que este autor acrescenta: “o denominador comum das hipocondrias, qualquer que seja seu estatuto nosográfico, é a queixa somática” (Ibid.: 527).

10. Cf. o caso descrito por M. Aisenstein no seu texto “Entre Psyché et soma: l’hypocondrie » in *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse – L’hypocondrie*.

11. Para um estudo detalhado sobre a hipocondria, remeto o leitor a M.T. Berlinck (org.), *Hipocondria* (Escuta, no prelo) e R. Volich, *Hipocondria* (Casa do Psicólogo, no prelo).

O investimento hipocondríaco do corpo

Se o denominador comum das hipocondrias é a queixa somática, podemos pensar que poder formular uma queixa depende, antes de qualquer coisa, de uma *percepção*. De um modo geral, só nos queixamos quando percebemos algo que nos incomoda.

Num trabalho anterior, cujo objetivo era pensar a questão da percepção do corpo, enfatizei a dimensão auto-erótica da hipocondria. Tomando como ponto de partida as 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, evidenciando-se uma ausência completa de percepção de sinais somáticos, inclusive na existência de uma doença orgânica. Tudo se passava como se o funcionamento do corpo ficasse reduzido ao silêncio. Surge daí uma questão aparentemente banal: o que leva certas pessoas a demorar muito mais do que outras para perceber os sinais do seu corpo?¹²

Tomando como princípio metodológico o que Freud (1914: 88) ensinou com o seu método de construção teórica, ou seja, a necessidade de “reencontrar a aparente simplicidade do normal por meio de conjecturas a partir das distorções e exageros do patológico”, pode-se dizer que a hipocondria interessou-me à medida que ela pode ser compreendida como o “exagero” patológico de uma escuta do corpo. Foi através desse “exagero” que tentei compreender os mecanismos em jogo na percepção dos sinais somáticos.

Colocando em relação o excesso de sinais somáticos dos hipocondríacos e a completa ausência desses sinais em alguns pacientes organicamente doentes – fenômeno que denominei *o silêncio dos órgãos* – formulei a hipótese de que, nesses últimos, tem-se a impressão de que a experiência do corpo parece ter ficado ancorada no registro da necessidade, num tempo anterior ao auto-erotismo.

A noção de auto-erotismo, tal como foi enunciada por Freud em *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, aqueles que tomam o corpo como um objeto singular de investimentos. Em se tratando da hipocondria, fica-se tentado a falar de um auto-erotismo negativo em razão do desprazer que ele provoca.

12. Esta questão é discutida em minha tese de doutoramento realizada no Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse da Universidade de Paris VII, defendida em outubro de 1997, sob a orientação de Pierre Fédida, e posteriormente publicada pela Ed. Presses Universitaires du Septentrion, em 1999.

Entretanto, no caso da hipocondria, mesmo se o prazer é travestido pela dor, permanece a presença de um investimento libidinal, enquanto que o *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 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, como já foi enfatizado por outros autores, que um mínimo de investimento “hipocondríaco” do corpo é necessário a toda organização psíquica.¹³ 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 qualificação de *modelo* nos convém à medida que Freud emprega igualmente a palavra *modell* e a palavra *Vorbild* para designar tudo que tem o valor de protótipo (*bild* = imagem e forma). O protótipo da hipocondria, ou melhor, a *imagem* da hipocondria, nos será útil ainda para pensar as questões relativas à experiência do corpo na situação analítica, onde muitas vezes é o corpo do analista que é solicitado a dar ouvidos àquilo que a palavra não tem condições de expressar.¹⁴

A escuta hipocondríaca

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 funcionamento psíquico, por assim dizer,

13. A esse respeito remeto o leitor ao trabalho de M. Aisenstein e A. Gibeault, “Le travail de l’hypocondrie”, *Les Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychotherapie*, p. 19-48.

14. A esse respeito remeto o leitor ao trabalho de Ivanise Fontes, “Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, p. 64-70.

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. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse “corpo de sensações” em um “corpo falado”.

Tomando o funcionamento “hipocondríaco” da alteridade materna como um modelo de escuta dos eventos corporais na situação analítica, posso enfatizar que é o Outro-analista que, justamente enquanto outro, pode investir o “corpo mudo”, acolhendo e nomeando as sensações desse corpo, transformando-o assim num “corpo falado”.

Insistindo na idéia de que a transferência é, na situação analítica, essa via privilegiada que permite ao sujeito “aumentar a competência do psíquico sobre sua vida somática” (Fédida, 1995: 115). Fédida dirige nossa atenção para uma reflexão que deve passar necessariamente pela metapsicologia dos processos transferenciais. Ele diz:

... o paciente hipocondríaco se dirige ao corpo do analista ao mesmo tempo como se esse corpo pudesse *receber* os reflexos produzidos pela queixa somática, *conservar* esses reflexos como traços de inscrição (valor atribuído por esses pacientes à presença vigilante e atenta do analista) e como se esse corpo pudesse ao mesmo tempo *reconstituir* um sonho e um sono, colocando o paciente ao abrigo de seus tormentos. (Ibid.: 132, itálicos meus)

A diversidade de imagens que evocam o corpo na clínica psicanalítica da atualidade, conforme vimos, nos convida a ampliar o alcance e a fecundidade dessas palavras de Fédida para além da escuta dos pacientes hipocondríacos, ou seja, para além da escuta da queixa somática propriamente dita. É através da *imagem* da hipocondria que Fédida expressa a preciosa idéia de que o que se passa na situação analítica, sobretudo, eu diria, em certos momentos de uma análise, se dirige ao corpo do analista. Ora, uma melhor compreensão dos processos transferenciais implica em considerar seriamente que *o analista escuta com o corpo inteiro* e, à semelhança da alteridade materna, acolhe em seu próprio corpo os efeitos do sofrimento do outro.

Sendo assim, somente uma escuta essencialmente “hipocondríaca”, capaz de *reconstituir em sua sutileza o clima onírico do sonho*, pode nos ajudar a compreender a diversidade do funcionamento psíquico que se revela através das formas corporais do sofrimento.

Referências

- AISENSTEIN, M. e GIBEAULT, A. Le travail de l'hypocondrie, *Les Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 21, 1990.
- AISENSTEIN, M. Entre psyché et soma: l'hypocondrie. In *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse – L'hypocondrie* (orgs. M. Aisenstein, A. Fine, G. Pragier). Paris: P.U.F., 1995.
- ALONSO, S. L. O que não pertence a ninguém... e as apresentações da histeria. In FUKS, Lucia B. e FERRAZ, Flávio C. (orgs.). *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.
- ASSOUN, P-L. Métapsychologie de la douleur: du physique ao moral. In *La douleur morale* (ouvrage collectif coordonné par Rémi Tevissen). Paris: Editions du Temps, 1996.
- BERLINCK, M. T. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta (no prelo).
- BRUSSET, B. Psychopathologie de l'expérience du corps: l'hypocondrie. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 20: 505-530, 1995.
- FAIN, M. A propos de l'hypocondrie. *Les Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 21: 73-82, 1990.
- FÉDIDA, P. L'hypocondriaque médecin. In *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse* (sous la direction de M. Aisenstein, A. fine. G. Pragier). Paris: P.U.F., 1995.
- FERNANDES, M.H. *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion, 1999.
- _____. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. *Percursos – Revista de Psicanálise*, n. 23, 1999a.
- FINE, A. Figures psychanalytiques de l'hypocondrie. In *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse* (sob a direção de M. Aisenstein, A. Fine, G. Pragier). Paris: P.U.F., 1995.
- FONTES, I. Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, vol. II, nº 1, 1999.
- FREUD, S. (1887-1902). *La naissance de la psychanalyse*. Paris: P.U.F., 1956; 6ª ed., 1991.
- _____. (1893). Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. In *Résultats, idées, problèmes I* (1890-1920). Paris: P.U.F., 1984; 5ª ed., 1995.
- _____. (1894). Du bien-fondé à séparer de la neurasthenie un complexe de symptôme déterminé en tant que "névrose d'angoisse". In *Oeuvres Complètes*. Paris: P.U.F., 1992. v. III.
- _____. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris: P.U.F., 1956; 13ª ed., 1996.
- _____. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard, 1987.
- _____. (1911). Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique. In *Oeuvres Complètes*. Paris: P.U.F., 1992. v. X.
- _____. (1912). Pour introduire la discussion sur l'onanisme. In *Résultats, idées, problèmes I* (1890-1920). Paris: P.U.F., 1984; 5ª ed., 1995.

- ____ (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., 1969; 10^e ed., 1995.
- ____ (1915). L'inconscient. In *Métopsychoanalyse*. Paris: Gallimard, 1968.
- ____ (1916-1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1961.
- ____ (1916-1917). L'angoisse. In *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1961.
- ____ (1916-1917). La nervosité commune. In *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1961.
- ____ (1917[1915]). Complément métapsychologique à la théorie du rêve. In *Métopsychoanalyse*. Paris: Gallimard, 1968.
- ____ (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. In *Oeuvres Complètes*. Paris: P.U.F., 1992. v. XVI.
- ____ (1924). Névrose et psychose. In *Oeuvres Complètes*. Paris: P.U.F., 1992. v. XVII.
- GIBEAULT, A. La solution hypocondriaque. In *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse – L'hypocondrie* (orgs. M. Aisenstein, A. Fine, G. Pragier). Paris: P.U.F., 1995.
- GUEDENEY, C.; WEISBROT, C. L'histoire de l'hypocondrie. In *L'hypocondrie* (sob a direção de M. Aisenstein, A. Fine et G. Pragier). *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, 1995.
- NOVALIS (1798-1800). *Aphorismen*. Insel Taschenbuch Verlag, Frankfurt-am-Main und Leibzig, 1992.
- PEDINIELLI, J-L. Le discours hypocondriaque. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 20: 591-611, 1995.
- PRAGIER, G. Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie. In *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse* (sob a direção de M. Aisenstein, A. Fine, e G. Pragier). Paris: P.U.F., 1995.
- STOLOROW, R. D. Notes on signal function of hypochondriacal anxiety. *The International Journal of Psycho-analysis*, 2, 201-204, 1960.
- VOLICH, R. *Hypocondria*. São Paulo: Casa do Psicólogo (no prelo).

Resumos

A partir de la constatación de que actualmente el cuerpo ocupa un lugar estratégico en las formas en que aparece el sufrimiento humano, este trabajo se propone pensar la diversidad de esas formas partiendo del modelo psicopatológico de la hipocondría. El modelo de la investidura hipocondríaca del cuerpo, enfatizado por Freud, se muestra un instrumental útil para la comprensión de las experiencias de percepción y representación del cuerpo lo que, ciertamente, nos permite reflexionar sobre las modalidades de escucha de los eventos corporales en una clínica psicoanalítica.

Palabras clave: Hipocondría, metapsicología, cuerpo, escucha analítica

Le corps occupe une place stratégique dans les formes qui prend aujourd'hui la souffrance humaine. En partant de cette constatation ce travail se propose à réfléchir sur la diversité de ces formes à partir du modèle psychopathologique de l'hypocondrie. Le modèle de l'investissement hypocondriaque du corps, suggéré par Freud, semble être un outil fécond pour comprendre les expériences de perception et représentation du corps, ce qui nous amène, en outre, à réfléchir aux modalités de l'écoute analytique face aux événements corporels dans la situation analytique.

Mots clés: Hypocondrie, metapsychologie, corps, écoute analytic

Based on the observation that the body today occupies a strategic position in the forms of presentation of human suffering, this article discusses the diversity of these forms, based on the psychopathological model of hypochondria. The model of hypochondriacal investment in the body, described by Freud, is a useful instrument for understanding experiences of perception and representation of the body, and allows one to reflect on the modalities of listening to bodily events in the psychoanalytic clinic.

Key words: Hypochondria, metapsychology, body, analytic listening