

Memória corporal e hipocondria: um vivido arcaico sempre presente?¹

Patrícia Paraboni*
Marta Rezende Cardoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar a singularidade da dimensão de memória na hipocondria. A angústia corporal que lhe é característica constitui um dos modos mais arcaicos de vivência da experiência de morte, projetando-se na concretude e no imediato do corpo. Na hipocondria, o caráter persecutório que incide sobre o corpo do sujeito implica uma “atualização” no sentido de um retorno demoníaco do mesmo, de um vivido traumático primordial. O perigo iminente de morte, apresentado pela doença grave da qual esses sujeitos estão convencidos de terem sido acometidos, expressa a contínua percepção que eles têm dos estados do corpo. Isso resulta da permanência na vida psíquica de um tempo presentificado, tempo do arcaico, mais próximo do registro da percepção. Desse modo, o ego atualiza seu modo de existência mais elementar e primordial, protegendo-se, paradoxalmente, dos efeitos do traumático.

Palavras-chave: hipocondria, corpo, memória.

Na hipocondria, o caráter persecutório que incide sobre o corpo do sujeito nos parece constituir uma espécie de *atualização*, um retorno demoníaco do mesmo, de um vivido primordial, aspecto que abre uma nova perspectiva para a compreensão das manifestações hipocondríacas em que a angústia corporal é um dos modos mais arcaicos de vivência da experiência de morte. Na hipocondria, esta se projeta na concretude e no imediato do corpo.

Nossa proposta neste artigo é mostrar que as sensações corporais que têm lugar na hipocondria estão a serviço da perpetuação de um tempo arcaico cuja história foi suspensa. Se o tempo é congelado, suspenso, nada pode advir, há recusa de movimento. Através do superinvestimento do órgão corporal tenta-se, em nosso entender, congelar o tempo. Assim, o ego atualiza seu modo de existência mais elementar e primordial, protegendo-se, desse modo, dos efeitos do traumático.

No entanto, qual seria a singularidade da dimensão de memória nesses casos, ou seja, de que maneira o que é vivenciado pode ser conservado no psiquismo e sempre se atualizar na concretude do corpo sem, porém, estar referido a uma vivência passada, no sentido da constituição de uma lembrança?

Trauma e memória corporal

Na “Carta 52” (1950/1996e) Freud informou a Fliess que estava trabalhando com a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, desdobrando-se em vários tempos, por ser constituída por rearranjos, retranscrições. Ele propõe um esquema composto de diferentes registros,

os quais se encontrariam separados de acordo com os neurônios, seus veículos. Nesse esquema, há uma primeira etapa, a da percepção, que não conserva nenhum traço do vivido. Posterior a essa etapa, situa-se o primeiro registro, este, sim, próprio ao campo da memória: os índices de percepção. O segundo registro corresponde à inscrição de traços mnêmicos do inconsciente, correspondentes às lembranças. No registro seguinte se dá a terceira transcrição, a pré-consciência, ligada às representações verbais, correspondente ao ego.

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

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

A autora distingue, assim, duas modalidades de memória:

¹ Informações sobre financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo número 140259/2011-2

* Endereço para correspondência: pparaboni@yahoo.com.br

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

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

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

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

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

memória corporal em que as sensações relativas a uma experiência não adquirem função de lembrança propriamente dita.

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

A esse respeito, acrescenta Fontes (2002) que as somatizações seriam formas de funcionamento pré-verbal, resultado de um movimento de regressão a um tempo – dos primórdios do infantil – em que essas comunicações pré-lingüísticas faziam parte da relação do bebê com o ambiente.

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

Essa memória imobilizada no corpo somente poderá ser acionada na concretude do corpo. A memória corporal tem estreita relação com o traumático, campo do irrepresentável, só podendo ser despertada/acionada através de sensações, de manifestações somáticas, aspecto que julgamos central na hipocondria. Essas sensações atualizam uma angústia de morte, na qual predomina a temporalidade do desespero, conforme veremos a seguir.

Angústia de morte, tempo do desespero

Na hipocondria não há tempo de espera, e sim, uma temporalidade da urgência, do atual, do desespero, da angústia automática. O hipocondríaco é assolado por angústias de morte diante de sua permanente desconfiança em relação ao corpo, convicto de que algum mal mortal tenha se instalado nele. A angústia do hipocondríaco acerca de seu corpo doente, em sua suposta iminência de morte, configura uma situação de desespero.

Trata-se, nos termos de Roussillon (1999), de uma “angústia-transbordamento”, que marca o estado de desorganização em curso, ameaça sem demora e arbitrária. Em contrapartida, na angústia-sinal de alarme o trabalho do eu permite que se ganhe o tempo de processar o que geraria, internamente, o estado desorganizador, evitando-se, assim, o risco do transbordamento.

Vale lembrar que em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926/1996c) Freud reformula sua teoria da angústia. Considera que o ego seria a sede da angústia e, em decorrência disso, que o recalque seria produzido pela

angústia e não o contrário, conforme afirmara até então. Insiste em uma dupla origem da angústia: como consequência direta do momento traumático; e como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento (Freud, 1933/1996d).

Roussillon (1999) esclarece ainda que, confrontado com a angústia, a tarefa principal do eu é a de organizá-la como sinal preventivo. A angústia-sinal tem precisamente a função de prevenir/antecipar ao eu a ameaça de desorganização e, para tal, opera-se um trabalho egoico no sentido de transformar a experiência anterior traumática em sinal preventivo. A angústia-sinal pressupõe a internalização da experiência traumática, afastando das fronteiras internas do eu a ameaça de transbordamento. Ela concede ao eu o tempo necessário para que uma ação específica “adaptada” seja engendrada, tempo de escolha, de abertura à conflitualidade.

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

Diante dos efeitos da efração do sistema de paraexcitação, Freud (1920/1996b) mostra que o eu mobiliza contracargas para barrar a desorganização, contrainvestimento energético capaz de limitar a efração. Entretanto, esse contrainvestimento pode não ser suficiente para que se constitua um verdadeiro sinal de alarme. A angústia-sinal comporta ligação, constituição de traços que funcionam como sistema de autoinformação para o eu, de modo que ele possa se antecipar e empreender defesa ante a possibilidade da irrupção do excesso pulsional.

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

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

inversão do eixo passivo-ativo, própria a esse movimento de retirada da experiência (Roussillon, 1999).

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

A crença que mina o futuro do sujeito concerne a um evento passado não simbolizado no momento do vivido, nem verdadeiramente simbolizado em um segundo tempo (a posteriori), pois o sujeito não estaria mais presente para experimentar a vivência. A presentificação/atualização do “traumatismo perdido” deve, portanto, ser compreendida como apelo ao outro, no sentido de poder auxiliá-lo a encontrar uma saída: tornar passado, historicizar o trauma que, de outro modo, leva a se manter sempre no tempo presente/atual.

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

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

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

Na hipocondria, a clivagem e a projeção no corpo comportam caráter ativo, assim como o próprio automatismo que atualiza o vivido traumático. O eu abre mão de uma parte de si para proteger o restante. No entanto,

quando o corpo, através da projeção, assume o lugar do eu, o presságio, a agonia não se extingue, apenas muda de lugar, ou seja, do interior, passa para o exterior. O corpo passa a ser ameaçado de aniquilamento, sob constante ameaça de doença, de contaminação, de um tumor entre outros. A causa da agonia torna-se externa, dificultando o acesso subjetivo à experiência e à possibilidade de historicizá-la.

A queixa do hipocondríaco é centrada nas sensações e na história/histórico da doença da qual o paciente se ausenta, pois ela se daria, segundo o seu vivido subjetivo, à sua revelia, deixando-o incapacitado de seguir sua vida e fazer correr o curso de sua história.

Essas questões podem ser observadas no caso de Charles, paciente de Gibeault (2002) que sentia angústia e dores hipocondríacas há seis meses. Queixava-se de perda de memória, distúrbios da visão, dores intoleráveis na barriga. Estava convencido de ter um câncer. Forneceu inúmeros detalhes sobre problemas físicos, sobre os diversos médicos consultados e os inúmeros exames aos quais se submeteu para conhecer a “verdade” de seu estado. Apesar disso, teve a impressão de que os médicos não queriam lhe dizer o que sabiam. Em sua procura desenfreada por médicos e especialistas e, além disso, por obter conhecimento clínico através dos livros, Charles se sentia mais médico do que todos, mas sentindo-se sempre incompreendido.

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

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

Diante da impossibilidade da lembrança, o corpo é convocado - a barriga de Charles incha. Entretanto, com a evolução do processo terapêutico o paciente pôde evocar, dentre outros aspectos, o sentimento de não ter sido uma criança desejada. Lembra-se de ter sido um bebê entregue às lágrimas, em um berço, consolado principalmente por um irmão mais velho, o que na opinião dele atestaria a ausência e inadequação de sua mãe. Além disso, consegue ligar sua angústia atual àquela que sentia quando criança, ao ter que se separar da mãe para ir à escola. Ou então, ao medo de se atrasar e sofrer um castigo corporal, provocando o “medo na barriga”.

Vivenciar a angústia de morte no corpo, tal como ocorre na hipocondria tem, como paradigma, o estado de desamparo do bebê o qual, diante da ausência de recursos psíquicos para lidar com o pulsional, experimenta angústia

de aniquilamento em seu próprio corpo. A angústia corporal do hipocondríaco constitui um dos modos mais arcaicos de vivência da experiência de morte que aqui se dá na concretude e no imediato do corpo. Quando o próprio eu ainda não está constituído como instância psíquica e as marcações temporais não se estabeleceram, todas as vivências ficam impressas no registro do corpo, campo da memória corporal. Mas como essa memória corporal se presentifica?

Apelo à percepção: recurso-limite ante o transbordamento pulsional

Na hipocondria, a questão do perceptual é de fundamental importância. A percepção de um corpo sempre doente e ameaçado de morte nos interroga justamente sobre a singularidade dos processos perceptivos que, como mostraremos, estão relacionados com a questão da atualização e da memória corporal. Estamos de acordo com Press (1999) ao indicar que a impossibilidade de inscrição ocasiona um deslocamento para o plano da percepção.

A hipocondria evidencia um superinvestimento da percepção, revelando atenção permanente sobre o corpo, mesmo que este não apresente dano orgânico que justifique essa vigilância apurada dos órgãos e funções corporais. O superinvestimento do sistema perceptual constitui, em nosso entender, uma reação à falta de investimento defensivo capaz de proteger o psiquismo de um transbordamento pulsional. Quando os elementos não representados vêm a ser projetados no corpo, engendra-se um superinvestimento perceptivo para que o ego não seja submergido pelo retorno desses elementos, ameaça que no caso da hipocondria paira sobre o corpo. Por essa razão, o espaço corporal é continuamente vigiado. O apelo ao corpo seria um recurso-limite encontrado pelo ego para estar “em presença” desses elementos irrepresentáveis.

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

Ele explora o termo “*Verleugnung*”, utilizado por Freud (especialmente em seus trabalhos sobre o fetichismo e psicose) e normalmente traduzido por “recusa”, mas Figueiredo o traduz por *desautorização*, pois considera um termo mais próximo da ideia de “interrupção de um processo pela eliminação da *eficácia transitiva* de um de seus elos” (Figueiredo, 2008, p. 59, *italicos no original*). O que se recusa não é uma dada percepção, mas o que vem ou viria depois dela, ou seja, a eficácia de seu caráter transitivo. A recusa remete a uma dimensão temporal e processual do psiquismo; é o trabalho psíquico que fica impedido.

Em “*Neurose e psicose*” (1924) Freud indicara que é sempre possível obter novas percepções a partir de percepções atuais, ou seja, uma percepção atual tem a capacidade de dar lugar a outras percepções, de renovar-se, de fazer

trânsito. Nesse caso, a recusa se dá sobre a admissão de novas percepções: “o que é desautorizado refere-se à capacidade de uma *percepção transitar para outras conservando certa continuidade*” (Figueiredo, 2008, p. 61, *itálicos no original*). A percepção é desautorizada a propiciar ou exigir outros passos na cadeia psíquica.

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

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

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

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

Segundo Figueiredo (2008), a percepção adquire autorização e eficácia quando capaz de acionar trilhas de redes associativas. Já a desautorização obstrui o caráter processual e transitivo da percepção – sua significância – sem destruir, no entanto, a primeira síntese (seu significado), podendo esta adquirir maior força. Interromper o processo de percepção já implicaria “desperceber” algo de essencial. Além disso, toda “despercepção” exige a construção de substitutos: uma “pseudopercepção”.

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

aparência de uma “superpercepção”. (Figueiredo, 2008, p. 67, *itálicos no original*)

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

Caráter literal e “ultraclaro” das sensações hipocondríacas

As alterações corporais das quais se queixam os hipocondríacos se referem a uma pseudopercepção erigida a partir da desautorização do processo perceptivo no sentido processual. Os elementos que não puderam ser inscritos no psiquismo como traços mnêmicos foram, no entanto, conservados na memória corporal, como signos de percepção. Permanecem, então, em uma camada mais próxima do registro da percepção.

Laplanche (2007) julga que esses elementos não inscritos e, portanto, não traduzidos teriam permanecido “à flor da consciência”. Seriam mantidos, por uma fina camada de defesa consciente, funcionando segundo um modo operatório. Daí a criação das “teorias médicas” pelos hipocondríacos para dar conta das sensações que os assolam. Trata-se de um sistema aparentemente lógico de descrição médica dos estados do corpo físico.

A queixa que entoa o marasmo de um pesadelo vivido incessantemente no estado de vigília e que não chega a exprimir um afeto em uma lamentação íntima traduz a dessubjetivação da experiência do corpo (Fédida, 2009), e está em consonância com a perda da capacidade de figurar simbolicamente o corpo, deixando o sujeito preso em uma lógica literal, literalidade que pode ser percebida na fala analítica desses sujeitos sobre o seu estado somático; trata-se de uma “fala do órgão”, como nos adverte Freud (1915/1996a).

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

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

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

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

Testes de realidade: atualização contínua da vigilância

A necessidade de manter distância em relação aos elementos traumáticos que ameaçam o ego de desorganização faz o sujeito ficar capturado em uma hipervigilância exacerbada, via percepção contínua do corpo. Esse aspecto nos leva a investigar a instalação do sentido de realidade nesses casos, onde o corpo é sempre frágil e ameaçado de ser atacado por um mal.

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

Apoiado nas elaborações de Freud e Ferenczi, ele ressalta a importância da distinção entre “teste de realidade” e “senso de realidade”. Ao se constituir um “senso de realidade” (externa e interna), os testes de realidade deixariam de ter a função de discriminar fantasia e percepção. Utiliza, dentre outras referências, as elaborações de dois psicanalistas americanos, Robbins e Sadow, que diferenciam o teste de realidade, com a função básica de diferenciar interno e externo, do que eles denominam “processamento de realidade”. Trata-se de um estágio mais avançado de contato, conhecimento e adaptação à realidade. A hipótese de Figueiredo (2004) é que “quando o processamento de

realidade não pode ser efetivado permanentemente (porque encontra obstáculos e é interrompido), os ganhos dos testes de realidade são perdidos e eles precisam ser refeitos continuamente, mantendo-se sempre ineficazes, insatisfatórios e mesmo perturbadores” (pp. 509-510).

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

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

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

Consideramos que na hipocondria não há adequada instalação do senso de realidade, já que a experiência que está fora do controle do eu é considerada hostil. Desse modo, a realização dos testes de realidade se mostra crucial, mas, ao mesmo tempo, ineficaz, pois estes precisam ser refeitos de modo contínuo por não produzirem nem garantirem o bom estabelecimento do processamento e do senso de realidade. Os testes de realidade são efetuados frequentemente para discriminar interno e externo, mantendo os elementos ameaçadores no exterior, a certa distância do eu. No caso da hipocondria, essa exterioridade se situa no espaço corporal.

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

de sobrevivência, “onde a vida se defende no corpo”, o superinvestimento do órgão doente do hipocondríaco tem a função de manter um capital narcísico elementar, no qual o eu é corporal, condição fundamental de autoconservação.

Apesar da frequência da realização dos testes de realidade para que os elementos traumáticos permaneçam no espaço corporal, ainda assim a falta de efetiva instalação do senso de realidade faz os hipocondríacos serem constantemente ameaçados pelo retorno das marcas traumáticas.

A eterna atualização do mesmo

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

A dimensão do “atual” concerne a essa temporalidade própria ao traumático, temporalidade de um presente que não passa, que não vira passado, fazendo os elementos não representados serem sempre atualizados, compulsivamente presentificados. A convocação do corpo e as sensações que dele emanam estão a serviço da perpetuação desse tempo cuja história foi suspensa.

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

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

– a contínua percepção dos estados do corpo e a realização dos testes de realidade – produz uma permanência no tempo do atual, tempo presentificado, tempo de sobrevivência. Seria uma espécie de “triumfo” sobre a morte?

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

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

A hipocondria se configura como tentativa de congelamento do tempo engendrada por um superinvestimento do órgão, do corpo. Desse modo, permanece a atualidade da sensação em detrimento da historicização. Permanência no tempo do arcaico. O mais antigo no tempo é da ordem do primitivo, o que está mais próximo da percepção. A temporalidade do atual “carrega o traço da *infantia*, de um ‘tempo’ anterior ao tempo, quando este ainda não estava psiquicamente constituído” (André, 2008, p. 165, itálicos no original). A hipocondria atualiza um modo de funcionamento arcaico, acionado diante da irrupção do traumático, a partir do qual, para sobreviver, o ego parece atualizar seu modo de existência elementar e primordial.

Body memory and hypochondria: an ever present archaic experience?

Abstract: The aim of this article is to analyze the uniqueness of the dimension of memory in hypochondria. Its characteristic body distress is one of the most archaic modes of death experience, projecting itself into the concrete and into the immediate of the body. In hypochondria, the persecutory character that affects the subject’s body implies an “updating” in the sense of a devilish return of the same, a primary traumatic experience. The imminent danger of death, presented by the serious illness these subjects are convinced to have been affected by, expresses the continuing perception they have of body states. This comes from how long the time made present, an archaic time, stayed in the psychic life, closer to the level of perception. Thus, the ego updates its most basic and primordial mode of existing, paradoxically protecting itself from the effects of trauma.

Keywords: hypochondria, body, memory.

Mémoire corporelle et l’hypocondrie: un vécu archaïque toujours présent?

Résumé: L’objectif de cet article est d’analyser le caractère unique de la dimension de la mémoire dans l’hypocondrie. La détresse corporelle caractéristique est l’un des modes les plus archaïques du vécu de l’expérience de la mort, qui se reflète

dans la matérialité et l'immédiateté du corps. Dans l'hypocondrie, le caractère de persécution qui se concentre sur le corps du sujet implique une « mise à jour » dans le sens d'un retour démoniaque du même, un vécu traumatique primaire. Le danger imminent de mort, présenté par la maladie grave dont ces sujets sont convaincus qu'ils ont été touchés exprime la perception continuée qu'ils ont de ses états de corps. Ceci résulte de la permanence dans la vie psychique d'un temps présentifié, temps de l'archaïque, plus proche du champs de la perception. Ainsi, le moi met à jour son mode d'existence le plus primordial et fondamental, tout en se protégeant, paradoxalement, des effets traumatisants.

Mots-clés: hypocondrie, corps, mémoire.

Memoria corporal e hipocondría: ¿Un arcaico vivido siempre presente?

Resumen: El objetivo de este trabajo fue analizar la singularidad de la dimensión de la memoria en la hipocondría. La angustia corporal que es su característica es uno de los modos más arcaicos de la experiencia demuerte, que se proyecta en la concretud y en el inmediato del cuerpo. En la hipocondría, el carácter persecutorio que incide en el cuerpo del sujeto implica una "actualización", en el sentido de un retorno demoníaco de lo mismo, un vivido traumático primario. El riesgo inminente de muerte, presentado por la enfermedad grave que estos sujetos están convencidos de que les afectan, expresa la continua percepción que tienen de sus estados corporales. Esto resulta la permanencia en la vida psíquica de un tiempo presentificado, tiempo del arcaico, más cerca del registro de la percepción. Así, el ego actualiza su modo de vida más básico y primordial, mientras paradójicamente protege a sí mismo de los efectos del trauma.

Palabras clave: hipocondría, cuerpo, memoria.

Referências

- André, J. (2002). Introduction: présence du désespoir. In J. André (Ed.), *Le temps du désespoir* (pp. 9-24). Paris, França: PUF.
- André, J. (2008). O acontecimento e a temporalidade: o après-coup no tratamento. *Ide, Psicanálise e Cultura*, 31(47), 139-167. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v31n47/v31n47a25.pdf>
- Bernateau, I. (2010). Le temps suspendu. In J. André, S. Dreyfus-Asséo & F. Hartog (Eds.), *Le récits du temps* (pp. 69-82). Paris, França: PUF.
- Borges, G. M. (2012). *Neurose traumática: fundamentos e destinos*. Curitiba, PR: Juruá.
- Brusset, B. (2002). L'hypocondrie: thématique ou organization spécifique? *Revue Française de Psychosomatique*, (22), 45-64. Recuperado de www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2002-2-page-45.htm
- Combe, C. (2010). *Corps, mémoire, hypocondrie*. Paris, França: Dunod.
- Fédida, P. (2009). L'hypocondrie de l'expérience du corps. In C. Chabert (Ed.), *Traité de psychopathologie de l'adulte. Psychopathologies des limites* (pp. 89-141). Paris, França: Dunod.
- Ferenczi, S. (2011). Princípio de relaxamento e neocatarse. In *Psicanálise IV* (pp. 61-78). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930)
- Ferenczi, S. (2011). Análises de crianças com adultos. In *Psicanálise IV* (pp. 79-95). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e fragmentos: infantilismo psíquico = histeria. In *Psicanálise IV* (pp. 304-305). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)
- Figueiredo, L. C. (2004). Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3), 503-519.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Verleugnung*. A desautorização do processo perceptivo. In L. C. Figueiredo. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea* (pp. 57-75). São Paulo, SP: Escuta.
- Fontes, I. (2002). *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo, SP: Via Lettera.
- Freud, S. (1996a). O inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 165-222). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996b). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 13-75). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996c). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, pp. 81-170). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1996d). Ansiedade e vida instintual. Conferência XXXII. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 22, pp. 85-112). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (1996e). Carta 52. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In S. Freud, *Edição standard brasileira*

- das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 281-290). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1950)
- Gibeault, A. (2002). A solução hipocondríaca. In M. Aisenstein, A. Fine, Alain & G. Pragier (Orgs.), *Hipocondria* (pp. 113-127). São Paulo, SP: Escuta.
- Golse, B. (2002). Le désespoir chez les très jeunes enfants ou “tant qu’il y a du désespoir, il y a de la vie”. In J. André (Ed.), *Le temps du désespoir* (pp. 25-41). Paris, França: PUF.
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo, SP: Educ.
- Laplanche, J. (2007). Trois acceptions du mot “inconscient” dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée. In J. Laplanche, *Sexual: la sexualité élargi au sens freudienne 2000-2006* (pp. 195-213). Paris, França: PUF.
- Lejarraga, A. L. (1996). *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Maldonado, G., & Cardoso, M. R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- Press, J. (1999). *La perle et le grain de sable. Traumatisme et fonctionnement mental*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Reis, E. S. (2004). *Corpo e memória traumática*. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de http://br.geocities.com/memoria_pensante/corpo_mem_traum_schueler.html
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, França: PUF.
- Roussillon, R. (2002). Agonie et désespoir dans la transfert paradoxal. In J. André (Dir.), *Le temps du désespoir* (pp. 67-95). Paris, França: PUF.
- Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l’effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 35-44.

Recebido: 06/01/2015

Revisado: 09/04/2015

Aceito: 05/05/2015