



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Raoní Heckert Carneiro

**Mal-estar e Velhices:**

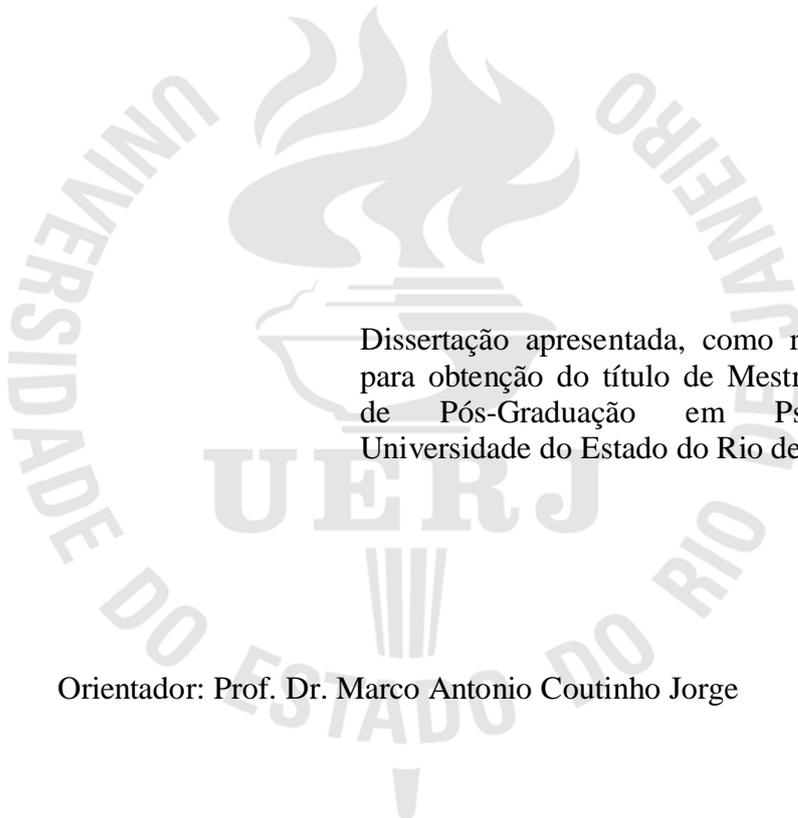
**Considerações sobre a Clínica Psicanalítica com Idosos**

Rio de Janeiro

2021

Raoní Heckert Carneiro

**Mal-estar e velhices: Considerações sobre a clínica psicanalítica com idosos**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C289 Carneiro, Raoní Heckert.  
Mal-estar e velhices: considerações sobre a clínica psicanalítica com idosos /  
Raoni Heckert Carneiro. – 2021.  
77 f.

Orientador: Marco Antônio Coutinho Jorge.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Velhice – Teses. 3. Luto – Teses. 4. Memória –  
Teses. I. Jorge, Marco Antônio Coutinho. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Raoní Heckert Carneiro

**Mal-estar e velhices: Considerações sobre a clínica psicanalítica com idosos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 16 de junho de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dra. Vívian Martins Ligeiro

UniAcademia de Juiz de Fora

---

Prof. Dra. Renata de Oliveira Fidelis Cavalcante

Núcleo de Atenção ao Idoso UERJ

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus velhos: Eunice da Silva Carneiro (*in memoriam*), Osvaldo Pedro Heckert (*in memoriam*), Ivanir Winter Heckert (*in memoriam*), José Carlos Silva Carneiro e Cecília Inêz Heckert Carneiro.

## AGRADECIMENTOS

À Marco Antonio Coutinho Jorge pela sua orientação cuidadosa, por sua generosidade e por sua dedicação e incentivo à escrita.

À Gloria Castilho pela supervisão nos tempos do NAI/UERJ, pela leitura precisa e pelas contribuições à escrita desse trabalho na qualificação.

À Vinicius Darribapela leitura dedicada, pelas contribuições à escrita desse trabalho na qualificação, e por aceitar o convite para participar da banca.

À Renata de Oliveira Fidelis Cavalcante, por aceitar o convite de participar da banca.

À Vivian Ligeiro, por aceitar o convite de participar da banca.

À UERJ e ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, por me permitir essa travessia; aos professores e colegas pelas questões levantadas, pelas sugestões de leitura e incentivo à pesquisa.

Aos meus amores Juliana Marques de Souza Carneiro, João Pedro Marques de Souza Carneiro e Francisco Marques de Souza Carneiro (concebido e nascido no tempo do mestrado) pelo incentivo, paciência e apoio incondicional.

“Os dias da nossa vida sobem a setenta anos ou, em havendo vigor, a oitenta; nesse caso, o melhor deles é cansada e enfada, porque tudo passa rapidamente, e nós voamos.(...) ensinamos a contar os nossos dias para que alcancemos coração sábio.”

*Salmos 90:10-12*

“Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu: Há tempo de nascer e tempo de morrer”.

*Eclesiastes 3: 1-2*

“A velhice, com suas agruras, chega para todos. Eu não me rebelo contra a ordem universal. Afinal, vivi mais de setenta anos. Tive o bastante para comer. Apreciei muitas coisas – a companhia da minha mulher, meus filhos, o pôr do sol. Observei as plantas crescerem na primavera. De vez em quando tive uma mão amiga para apertar. Vez ou outra encontrei um ser humano que quase me compreendeu. Que mais posso querer?”

*Sigmund Freud, 1926*

## RESUMO

CARNEIRO, Raoní Heckert. *Mal-estar e velhices: Considerações sobre a clínica psicanalítica com idosos*. 2021. 77f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A proposta dessa dissertação é investigar a clínica psicanalítica com idosos. O presente trabalho é resultado dos efeitos a posteriori da experiência de escuta de idosos em um ambulatório de geriatria. Procuraremos ao longo dessa pesquisa pontuar o envelhecimento como algo singular e o mal-estar inerente a esse processo. A velhice será analisada a luz da psicanálise, que em seus primórdios contraindicava o atendimento a pacientes idosos. Apesar disso, Sigmund Freud ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica criou elementos clínicos que viabilizaram a escuta desses sujeitos. Também abordaremos a questão do luto, marca presente na clínica da velhice. Em nossa escuta nos deparamos com falas marcadas por sofrimento, decorrentes de perdas significativas. O luto na teoria freudiana é abordado como uma reação a perda de objeto. A vivência de perdas é complexa para o psiquismo e o trabalho de luto torna-se necessário para a elaboração simbólica dessa experiência singular. Entre as muitas perdas que a velhice abarca, a perda de memória é uma grande fonte de sofrimento para muitos idosos e familiares. Analisaremos nesse trabalho o que o discurso científico diz sobre o processo demencial e o que o pensamento psicanalítico diz sobre a memória e sua subjetividade. Pontuaremos ao longo de toda a dissertação a importância do dispositivo psicanalítico na escuta de idosos, como um meio privilegiado de elaboração de lutos.

Palavras –chave: Psicanálise. Velhice. Luto. Memória

## ABSTRACT

CARNEIRO, Raoní Heckert. *Malaise and old age: Considerations about psychoanalytic clinic with the elderly*. 2021. 77f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The purpose of this dissertation is to investigate the psychoanalytic clinic with the elderly. The present work is the result of the a posteriori effects of the experience of listening to the elderly in a geriatric outpatient clinic. Throughout this research, we will try to point out aging as something unique and the discomfort inherent in this process. Old age will be analyzed in the light of psychoanalysis, which in its early days contraindicated the psychoanalytic care of elderly patients. Despite this, Sigmund Freud throughout the development of psychoanalytic theory developed clinical elements that made it possible for these subjects to be listened. We will also address the issue of mourning, a trait present in the old age clinic. In our psychoanalytic listening we came across statements marked by suffering, resulting from significant losses. Mourning in Freudian theory is addressed as a reaction to the loss of an object. The experience of losses is complex for the psyche and the mourning work becomes necessary for the symbolic elaboration of this singular experience. Among the many losses that old age encompasses, memory loss is a great source of suffering for many elderly and their family members. In this research, we will analyze what scientific discourse says about the dementia process and what psychoanalytic thinking says about memory and its subjectivity. Throughout the dissertation, we will highlight the importance of the psychoanalytic device in the listening of the elderly, as a privileged means of elaborating mourning.

Keywords: Psychoanalysis. Old age. Mourning. Memory

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Figura esquemática do aparelho psíquico .....	58
Figura 2 -	Aparelho Psíquico .....	60

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>VELHICE E PSICANÁLISE</b> .....	14
1.1	<b>Questões sobre a velhice</b> .....	14
1.2	<b>Psicanálise e Velhice</b> .....	16
1.3	<b>Freud e sua velhice</b> .....	17
1.4	<b>Contraindicações freudianas</b> .....	20
1.5	<b>O desejo do analista e a clínica com idosos</b> .....	23
1.6	<b>O lugar da psicanálise nos dispositivos de saúde</b> .....	26
2	<b>LUTO E ESTADOS DEPRESSIVOS</b> .....	29
2.1	<b>Envelhescência e velhice</b> .....	29
2.2	<b>Sobre a experiência de perdas</b> .....	32
2.3	<b>Angústia, dor e luto</b> .....	38
2.4	<b>Sobre perdas e demências</b> .....	40
2.5	<b>Uma longa e dolorosa despedida</b> .....	41
3	<b>DEMÊNCIAS E QUEIXA DE MEMÓRIA</b> .....	46
3.1	<b>Velhice e Demências</b> .....	46
3.2	<b>Demências ou Transtornos Neurocognitivos?</b> .....	46
3.3	<b>A construção do Alzheimer</b> .....	48
3.4	<b>Memória e Psicanálise</b> .....	51
3.4.1	<u>Sobre a concepção das afasias (1891)</u> .....	52
3.4.2	<u>Projeto para uma psicologia científica (1895)</u> .....	54
3.4.3	<u>Carta 52 à Wilhelm Fliess (1896)</u> .....	59
3.4.4	<b>A Interpretação dos Sonhos (1900)</b> .....	59
3.5	<b>Fragmento Clínico</b> .....	61
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado dos efeitos a posteriori da experiência de escuta de “idosos”<sup>1</sup> em um ambulatório de geriatria, onde pudemos atuar como residente de psicologia dentro de uma equipe multiprofissional, no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Durante esse período pudemos ouvir tanto “idosos” quanto familiares de “idosos” (muitas vezes também “idosos”) em sofrimento.

O interesse pelo tema surgiu a partir da escuta desses pacientes, onde nos deparamos com falas marcadas por sofrimento, muitas vezes decorrente da experiência de perdas significativas vivenciadas como traumáticas. Pretendemos nessa dissertação de mestrado, dar continuidade à pesquisa sobre a clínica psicanalítica com “idosos” desenvolvida durante a residência multiprofissional, porém abordando outros pontos que surgiram a partir de nossa escuta. Apresentaremos fragmentos clínicos e frases ditas sob transferência ao longo dos capítulos, orientando e norteando nossa pesquisa sobre a clínica psicanalítica com “idosos”. Além disso, buscaremos apontar a singularidade de cada sujeito, evitando, dessa forma, o risco dessa pesquisa cair numa grande generalização sobre a velhice.

Gostaríamos de pontuar que a escrita dessa dissertação é atravessada pela pandemia da Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (denominado SARS-CoV-2). Essa nova doença é marcada pela sua rápida disseminação e pluralidade de manifestações sintomáticas, podendo se apresentar de forma branda em algumas pessoas ou grave e até mesmo fatal para outras. Desde o início da pandemia, os “idosos” foram colocados na categoria de grupos de risco de morte, devido a maior incidência de doenças pré-existentes. Juntamente com isso, foram aflorados preconceitos, estereótipos e a intolerância para com os velhos. Dentro dessa visão, os velhos seriam frágeis, desamparados, dependentes e improdutivos.

Especialistas<sup>2</sup> apontam para uma culpabilização dos “idosos” por onerarem o sistema de saúde desviando recursos que poderiam ser aplicados nos jovens que produzem riqueza, ao invés dos velhos que geralmente são inativos. Além disso,

---

<sup>1</sup> Apropriando-nos da ideia defendida pela psicanalista Gloria Castilho em sua tese de doutorado “Psicanálise e Velhice” (2011) utilizaremos ao longo de todo o trabalho aspas no termo “idoso” para indicar a dissimetria entre o idoso como categoria construída e o sujeito dividido da experiência analítica, confrontado com as questões que se apresentam no processo de envelhecimento.

<sup>2</sup> Ver mais sobre isso em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/olhares-sobre-avelhice-na-pandemia>

defendem que os velhos precisam ser protegidos não apenas da doença, mas dos efeitos do isolamento e do estigma social, presente nas piadas sobre sua resistência ao confinamento e principalmente na ideia de que já viveram o bastante e, por isso, poderiam morrer<sup>3</sup>.

Sobre esse estigma para com os velhos, o gerontólogo Evaldo Cavalcante Monteiro, em seu artigo “A velhice e o Covid-19 – a gerontofilia”<sup>4</sup> afirma que a Covid-19 seria uma gerontofilia, por se enfatizar que o vírus seria mais letal para os velhos. Monteiro (2020) problematiza a questão etária e aponta para uma conjuntura social, econômica e política. Defende que se elege uma filia, um público alvo, para nos colocarmos fora do alcance da doença. Compara o momento atual com o surgimento do vírus HIV, quando se pensava que a AIDS atingiria apenas a filia dos homossexuais, e os heterossexuais não seriam atingidos. O tempo mostrou que não existia um grupo de risco, mas um comportamento de risco, ou seja, todos tornam-se passíveis de contaminação se não tomarem as devidas medidas de proteção. Dessa forma, percebe-se que a gerontofilia está muito mais arraigada a questões socioeconômicas, culturais e de saúde pública do que à velhice em si.

Vimos acima que a nossa atualidade reflete algo do Real na velhice, do qual nada queremos saber. Após algum tempo, a pandemia vem nos mostrando aquilo que sabemos, mas insistimos em não querer saber: a morte está para todos e não apenas para os velhos.

No primeiro capítulo dessa dissertação, iremos trabalhar a velhice à luz da geriatria e da psicanálise. Veremos que nos primórdios da psicanálise o próprio Freud era contra o atendimento de velhos, mas ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica criou elementos psicanalíticos que viabilizam a escuta desses sujeitos. Teoria essa sustentada pela psicanalista Ângela Mucida, afirmando que o sujeito não envelhece. Mucida (2004) também aponta para a dificuldade de muitos analistas de escutarem os velhos. A partir dessa constatação, abordaremos os conceitos lacanianos de resistência e desejo do analista como formas de se pensar a clínica e avançar na escuta de idosos.

---

<sup>3</sup> Consultar <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/covid-19-expoe-descaso-com-a-velhice-no-brasil#:~:text=Covid%2D19%20exp%C3%B5e%20descaso%20com%20a%20velhice%20no%20Brasil,-Idosos%20devem%20ser&text=Em%20todos%20os%20grupos%20de,popula%C3%A7%C3%A3o%20i dosa%20durante%20a%20pandemia.>

<sup>4</sup> Consultar <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/a-velhice-e-o-covid-19-a-gerontofilia/>

Em relação ao segundo capítulo, intitulado “Luto e estados depressivos”, abordaremos o processo multifatorial de perdas, tão presente na escuta de “idosos”. Analisaremos como essas perdas, muitas vezes significativas e consecutivas, são vivenciadas, de uma forma sempre singular por um “idoso”. Perdas que proporcionam um estado de luto que tende a se perenizar, caso não haja um trabalho de elaboração simbólica dessa perda. Procuraremos destacar essa diferença principal entre os diversos saberes – psicanalítico, geriátrico e psiquiátrico – ressaltando que a escuta psicanalítica privilegia a singularidade do sujeito em detrimento de uma leitura fenomenológica dos sinais e sintomas apresentados por um “idoso” diante de uma perda. Também abordaremos nesse capítulo a forma de sofrimento psíquico marcada pela ambivalência amorosa e o luto antecipado que se encontram presentes naqueles que se colocam na posição de “cuidar” de um outro em estado demencial avançado.

No terceiro e último capítulo, intitulado “Demências e queixa de memória”, procuraremos mapear o conceito de memória desenvolvido na teoria freudiana, buscando compreender os mecanismos psíquicos no atendimento a “idosos” com queixa de perda de memória. Procuraremos analisar as demências sob diferentes perspectivas, e priorizaremos a Doença de Alzheimer nessa pesquisa, por ser o diagnóstico mais comum em alguns pacientes analisados ou de algum ente querido de um analisando “cuidador”. Veremos que, atualmente, o quadro demencial é descrito como um “transtorno neurocognitivo” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM5), onde o declínio cognitivo é priorizado em detrimento de questões subjetivas de adoecimentos ligados a velhice. Após a exposição teórica acerca da memória e do aparelho psíquico, descreveremos um fragmento clínico, a escuta de uma “idosa” com o diagnóstico de Alzheimer interroga a contraindicação freudiana para a análise de velhos.

# 1 VELHICE E PSICANÁLISE

## 1.1 Pontuações sobre a Velhice

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas<sup>5</sup> (ONU), o Brasil está em pleno processo de transição demográfica e de estrutura etária da população. As taxas de mortalidade e natalidade estão diminuindo e conseqüentemente estamos tendo um processo de envelhecimento populacional. Essa nova realidade traz consigo novos desafios, novas maneiras de estar no mundo e, inevitavelmente, algumas conseqüências, como por exemplo, as doenças geriátricas.

Segundo o geriatra Renato Veras (2008), o Brasil está num processo de envelhecimento populacional, em que anualmente incorporamos mais de 650 mil “idosos”, projetando um cenário de profundas transformações e grandes desafios para a sociedade. Com desenvolvimento tecnológico, aumenta a expectativa de vida da população. Antes, chegar à velhice era privilégio de poucos, hoje, passa a ser a norma, mesmo nos países mais pobres.

Nesse cenário, movimenta-se o discurso gerontológico, defendendo a ideia de prevenção, visando evitar riscos à saúde e promover um envelhecimento saudável, com autonomia e manutenção da capacidade funcional desse segmento populacional, que é o que mais cresce no nosso país. É preciso sempre “buscar um novo nível de consciência social sobre o processo de envelhecimento da população brasileira que permita aos ‘idosos’ viver a terceira idade com dignidade, respeito, valorização pessoal e com amplo exercício de cidadania” (Veras, 2008).

Em relação aos programas de saúde, o envelhecimento populacional apresenta-se como um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Esse fenômeno, a princípio, iniciou-se nos países desenvolvidos e vem crescendo nos países em desenvolvimento. Segundo Veras (2008), o número de “idosos” no Brasil (pessoas com 60 anos ou mais) passou de 3 milhões em 1960, para 14 milhões em 2002, o equivalente a um aumento de 500% em 40 anos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria

---

<sup>5</sup> Pesquisar em: <https://www.ecodebate.com.br/2019/06/21/a-revisao-2019-da-onu-para-as-projecoes-populacionais-do-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20foi%20estimada,milh%C3%B5es%20de%20habitantes%20em%202020.&text=A%20revis%C3%A3o%202019%20indica%2C%20no,de%20301%2C4%20milh%C3%B5es>.

e Gerontologia, a população idosa ultrapassou 29 milhões de pessoas em 2018, e estimava-se que teríamos 32 milhões de brasileiros “idosos” em 2020.

Como houve modificações significativas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganharam maior expressão no conjunto da sociedade. Dentre elas podemos destacar: diabetes, osteoporose, hipertensão, derrame, doenças gastrointestinais, doenças pulmonares, depressão, doença de Parkinson e demências.

O cuidado em relação à saúde do “idoso” ganhou maior atenção em nossos dias, tornando-se preciso repensar o modelo de assistência atual. Veras (1998) destaca que há pouco tempo, o modelo de cuidado da pessoa idosa baseava-se na estrutura asilar ou hospitalar, e, como o cuidado à saúde tornou-se mais complexo e custoso, a institucionalização mostra-se pouco adequada ou até mesmo inviável em alguns casos.

O paciente “idoso”, ao utilizar os serviços de saúde, demanda internações hospitalares com mais frequência e seu tempo de ocupação dos leitos é maior em relação às demais faixas etárias. De maneira geral, suas doenças são crônicas e múltiplas, duram vários anos e necessitam de exames periódicos, medicação contínua e cuidado permanente. Uma das consequências desse novo panorama é a necessidade de construção de serviços de saúde. Vivemos uma escassez de recursos associada ao aumento da demanda de “idosos”, somando a tendência ideológica de políticas neoliberais, onde o Estado assiste de braços cruzados à precariedade das instituições de saúde.

Além de fatores biológicos, questões sociais podem acarretar sofrimento para muitos “idosos”. Assis (1998) destaca que a aposentadoria pode ter efeitos diferentes para cada indivíduo. Pode ser tanto um momento de realização e possibilidade de desenvolvimento pessoal, quanto um período crítico, no qual o velho diminui seus contatos sociais e “corre o risco de mergulhar no vazio pelos efeitos do empobrecimento, da baixa autoestima e desqualificação de que se faz acompanhar” (ASSIS,1998).

A lógica capitalista remete o ser humano à produção, e a aposentadoria<sup>6</sup> acaba sendo um duro golpe para muitos “idosos”. Além do declínio econômico, eles perdem muitos dos laços sociais e responsabilidades parentais. A velhice é uma fase da vida em que ocorrem muitas mudanças físicas, sociais e psicológicas. Ela é marcada por perdas

---

<sup>6</sup> Freud (1930) em sua obra “O mal-estar na civilização” destaca que o trabalho é o meio pelo qual a pessoa se firma na realidade e se insere na comunidade humana: “...nem uma outra técnica para conduta da vida aprende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe o lugar seguro numa parte da realidade humana...”

multifatoriais e muitos não conseguem elaborar essa nova situação nem retomar ou construir novos projetos de vida. Diante disso, muitos mergulham num grande sofrimento, não encontrando uma direção para sua tristeza.

## 1.2 Psicanálise e Velhice

Em relação ao assunto da velhice na psicanálise, é importante destacar que ele é pouco explorado, se comparado a outros períodos da vida como infância, adolescência e vida adulta. Na própria obra de Freud, os termos “velhice” e “envelhecimento” pouco aparecem. Para a psicanalista Dorli Kamkhagi (2008), Freud não desenvolve uma teoria explícita do envelhecimento. Para ele, haveria apenas a decadência física e a consciência da proximidade do fim. Nesse período da vida, assim como na fase adulta, o sujeito reeditaria, de diferentes maneiras, os modelos de fases de desenvolvimentos infantis, num movimento contínuo de atualizações frente às novas vivências e alterações corporais.

Em carta à Wilhelm Fliess datada de 21 de maio de 1894, Freud fala brevemente sobre a senilidade ao abordar as neuroses. Ele a classifica como uma degeneração de um estado de normalidade que se adquire ao envelhecer. A velhice é vista sob a perspectiva da decrepitude, associada ao movimento de finitude que também se relaciona ao adoecer.

No manuscrito “Como se origina a angústia” (Rascunho E), Freud (1895) analisa a neurose de angústia como decorrência de uma acumulação física de excitação, ou seja, o acúmulo de tensão sexual. Isso ocorre em consequência de uma descarga evitada, como nos “coitus interruptus”, por exemplo. Dessa forma, a neurose de angústia é uma neurose de represamento, assim como a histeria. Esta surgiria como transformação a partir da tensão sexual acumulada.

Em relação à velhice, Freud pontua que a angústia acompanha a diminuição da potência ou a libido insuficiente nessa faixa etária. Nesses casos, por causa da senilidade, não ocorreria a transformação da tensão física em angústia, a explicação estaria na insuficiência do desejo psíquico que pode ser concentrado para o ato em questão.

### 1.3 Freud e sua velhice

Apesar de Freud não ter desenvolvido ao longo de sua obra uma teoria sobre a velhice, é pela relação com seu próprio envelhecimento que esboça algumas considerações. Nessa trilha, a psicanalista Maud Mannoni (1995) percorre tanto a obra freudiana quanto as cartas de Freud a amigos próximos, onde o mesmo relata sua relação com o período de sua velhice.

Sigmund Freud, em carta a Lou Andreas-Salomé datada de 10 de maio 1923, confessa estar cansado em relação a sua luta contra o câncer de mandíbula que não para de se espalhar e que ainda lhe submeteria a muitas cirurgias dolorosas:

“Partilho completamente da sua opinião sobre o desamparo que experimentamos diante dos males físicos particularmente dolorosos; como você, igualmente, acho-os desesperadores e, se pudéssemos atribuí-los a alguém pessoalmente, ignóbeis”. (FREUD,1923/1975,p.165)

Em outra carta a Lou Andreas Salomé, Freud expõe uma certa conjectura entre sua velhice e seu câncer, expressando um real insuportável de sua existência:

“Eis aqui alguém que, em vez de trabalhar até a velhice e então morrer sem preâmbulos, contrai uma horrível doença na metade da vida, tem que ser tratado e operado, desperdiça seu pouco dinheiro...rasteja por um tempo indefinido como inválido [...] Enfrentei as realidades infames, mas não suporto bem a ideia das perspectivas à minha frente, e não consigo habituar-me à ideia de uma vida sob sentença”. (FREUD,1923/1975,p.178)

Em seu comentário sobre o *Das Unheimliche* (1919), termo que apresenta diversas traduções, como “O estranho”, “O inquietante” e, mais recentemente, o “Infamiliar”, Maud Mannoni pontua que Freud nesse texto nos ensina sobre nossa relação com a morte. Freud destaca a noção de uma angústia recalcada, mas que retornaria em certo momento: “O infamiliar seria tudo o que deveria permanecer em segredo, oculto, mas que veio à tona”.

Sobre esse texto, gostaríamos de destacar a nota de rodapé, surpreendentemente não citada por Mannoni. Nesse trecho, Freud relata seu estranhamento e repulsa ao se deparar com o reflexo de sua imagem velho:

“Posso contar uma aventura semelhante: eu estava sentado sozinho na cabine do vagão-dormitório, quando, sob o efeito de um brusco sobressalto um pouco mais violento que os outros, a porta que levava ao toailete contíguo se abriu e um senhor mais velho, de pijama, com boné de viagem na cabeça, adentrou minha cabine. Suspeitando de que ele se encontrava entre as duas cabines, havia se enganado de direção e, erroneamente, chegado até a minha,

dei um pulo, para lhe esclarecer o acontecido, mas logo reconheci, perplexo, que o invasor era minha própria imagem refletida no espelho da porta intermediária. Sei ainda que essa aparição me deixou, no fundo, descontente.” (FREUD, 1919, p.103)

Alguns autores, dentre os quais podemos destacar as psicanalistas Maud Mannoni e Ângela Mucida, apontam a entrada de Freud na velhice como decorrente da experiência de perdas significativas e concomitantes, e o surgimento de seu câncer na mandíbula. Iremos desenvolver essa relação entre velhice e experiência de perdas de uma forma mais profunda no próximo capítulo, intitulado “Luto e estados depressivos”.

Em 1919, aos 63 anos, Freud perde sua filha Sophie. Poucos anos depois, em 1923, aos 67 anos, detecta em sua mandíbula um tumor maligno sem saber da real gravidade do mesmo nessa época. Nesse mesmo ano, perde seu neto mais querido, filho de Sophie, com apenas 4 anos, vítima de uma meningite tuberculosa.

Mannoni (1995) comenta que, em 15 de outubro de 1926, Freud escreve a Binswanger e expressa seu pesar sobre a perda de seu neto: “Ele representava para mim todos os meus filhos e meus netos e, desde sua morte, não amo mais os meus netos e não tenho mais prazer em viver”.

Apesar das perdas significativas e do avançar de sua doença, mesmo com inúmeras intervenções cirúrgicas, Freud continuava a trabalhar, atendendo seus pacientes, reunindo-se com seus colegas e escrevendo textos de extrema importância para a teoria psicanalítica. A velhice de Freud foi atravessada por muita dor e pela incansável sustentação de seu desejo:

“Ele foi, até o fim, um sujeito responsável analiticamente por sua própria história. Apesar de um corpo que se deteriorava, da dor, do real da morte, havia algo em Freud que se mantinha inalterado e lhe permitia reinscrever sempre sobre o já inscrito. Ele foi um exemplo fiel de um sujeito que pode fazer novas inscrições sob a lógica de um outro tempo”. (MUCIDA, 2004, p.43)

Sobre a correlação entre a velhice e a morte, gostaríamos de apontar o texto freudiano de 1913, “Sobre a escolha dos 3 cofrinhos”, no qual é expressa uma relação entre o feminino, a morte e, o inconsciente. Ideias que remetem ao conceito lacaniano de real no que tangem o inominável. Da mesma forma a velhice, que escancara o real, quando associada à morte, evidenciando o silêncio, o limite da existência e o indizível.

Para falar sobre a morte, Freud recorre à literatura e aos mitos. Usa a figura do Rei Lear, de Shakespeare, mostrando o velho como o herói, e a velhice como a verdade da condição humana. Analisa nos contos e nos mitos a questão das substituições pelo

oposto típicas do inconsciente, como por exemplo, o fato da deusa do amor e da beleza ser ao mesmo tempo a deusa da morte.

De acordo com Mucida (2004), no inconsciente não existe a temporalidade cronológica, a negação e a dúvida. Ele é regido pelo princípio de prazer e, assim como nos sonhos, procura “driblar o inexorável da morte trazendo-a para a vida”. Sendo assim, existira uma substituição no inconsciente da deusa da morte pela deusa do amor. A terceira das irmãs não seria mais a morte, mas a mais amável, bonita e desejável das mulheres. Freud conclui o texto com uma passagem maravilhosa sobre a escolha das três mulheres e sobre o ciclo da vida:

“Pode-se dizer que são representados nele os três laços inevitáveis que o homem tem com a mulher: com a genitora, a companheira e a destruidora; ou as três formas que assume para ele a imagem da mãe, no curso da vida: a própria mãe, a amada, por ele escolhida segundo a imagem daquela, e enfim a mãe Terra, que de novo o acolhe em seu seio. Mas é em vão que o velho ambiciona o amor da mulher, tal como primeiramente recebeu da mãe; apenas a terceira das criaturas do Destino, a silenciosa deusa da morte, o tomará em seus braços”. (FREUD, 1913, p.316)

#### 1.4 Contraindicações freudianas

Em relação ao tratamento analítico, Freud no seu artigo “O método psicanalítico freudiano” (1905), considera a velhice uma categoria não analisável devido à dificuldade de se desfazer processos psíquicos cristalizados, à incontabilidade do material psíquico e ao longo tempo de recuperação que demanda uma análise:

“Nesse sentido, a constituição, aliás, coloca limites para a curabilidade através da psicoterapia. Também uma faixa etária por volta do quinto decênio cria condições desfavoráveis para a Psicanálise. A massa de material psíquico não será mais dominável nessa fase, o tempo necessário para o restabelecimento será longo demais e a capacidade de reverter processos psíquicos começa a fraquejar”. (FREUD, 1905, pag.58)

Freud reafirma a contraindicação à clínica psicanalítica com “idosos” em outro artigo do mesmo ano, chamado “Sobre a Psicoterapia”:

“A idade dos doentes é relevante na seleção para o tratamento psicanalítico, na medida em que nas pessoas próximas ou acima dos 50 anos, por um lado, costuma faltar a plasticidade dos processos anímicos nos quais a terapia se fia

– pessoas idosas não são mais educáveis – e, por outro lado, o material a ser trabalhado prolonga a duração do tratamento até o imponderável. O limite de idade para baixo só pode ser definido individualmente; pessoas jovens antes da puberdade muitas vezes são influenciáveis de modo excelente”. (FREUD,1905, pag. 72)

É importante destacarmos o recorte histórico do período em que esses dois artigos foram escritos, já que a expectativa de vida da população na virada do século XIX para XX era mais baixa e o período sócio histórico da velhice iniciava-se aos 50 anos de idade. Além disso, Freud considerava que as cristalizações psíquicas e a ausência de plasticidade seriam fatores que impediriam o tratamento psicanalítico de operar algum tipo de retificação subjetiva, tanto em relação à dissolução dos sintomas, como na superação de uma condição de sofrimento causada por um modo de funcionamento subjetivo fixados e enraizados.

Seguindo Freud em suas contraindicações à clínica psicanalítica com “idosos”, o psicanalista Sándor Ferenczi em seu artigo “Para compreender as psiconeuroses do envelhecimento” de 1917, defende a ideia de que após os 50 anos as pessoas não disporiam mais de plasticidade dos processos psíquicos, necessária para uma análise. Ainda segundo Ferenczi (1917), na velhice ocorre a retirada das “emanações da libido” dos objetos de seu amor e o retorno para seu próprio EU (ego) o interesse libidinal, de que provavelmente dispõe em menor quantidade.

Para ele, as pessoas idosas voltariam a ser narcísicas (como crianças), perdendo seus interesses familiares e sociais, além de grande parte de sua capacidade de sublimação, principalmente no que diz respeito à vergonha e à repugnância. Tornam-se avarentas, cínicas e ranzinzas. Ocorre uma regressão libidinal para etapas pré-genitais do desenvolvimento, adotando uma forma ostensiva do erotismo anal e uretral, da homossexualidade, do voyeurismo, do exibicionismo e do onanismo (FERENCZI, 1917, pag.155).

Esse processo de regressão libidinal é comparado ao da parafrenia (psicose), pois em ambos ocorreria o abandono dos investimentos objetivos e a regressão ao narcisismo. Porém, na parafrenia (psicose) a quantidade de libido permanece inalterada, sendo dirigida por inteiro ao EU (ego), enquanto na velhice ocorreria a estagnação na produção libidinal, acarretando sua diminuição global:

“Os sintomas da parafrenia assemelham-se a ilhotas que um tremor de terra faz surgir de súbito das profundezas do mar; os sintomas da velhice são semelhantes ao rochedo que emerge quando da secagem de um golfo cuja comunicação com o mar foi cortada e que nenhum rio alimenta”. (FERENCZI, 1917, p.156)

Ferenezci (1917) afirma que nem todos os neuróticos (de ambos os sexos) “que atravessam essa idade crítica mostram esses sinais psíquicos da velhice”. Ao contrário, segundo o psicanalista, esses “idosos” mostram-se particularmente preocupados em dar sua contribuição nos planos familiar e social; apresentam-se desinteressados e pudicos; sofrem em geral de estados depressivos e são propensos a ideias de pecado e empobrecimento (como melancólicos), e utilizam a religião como defesa. Destaca ainda que as depressões podem ser interrompidas por acesso de enamoramento intenso, do qual tentam em vão se defender em virtude da incompatibilidade desses estados com os sentimentos de convivência exigidos pela idade. Diz ainda que esses acessos dão ao climatério o nome de idade crítica.

O autor húngaro pontua que esse enamoramento é uma tentativa de encobrir o “grito de dor provocado por uma condenação à morte, nesse caso, a libido de objeto”. Diz que na verdade, “a libido já se retirou dos objetos e só o EU (ego) força o indivíduo a manter seus antigos ideais amorosos e a dissimular a regressão presente por demonstrações de interesse amoroso”.

Em resumo, Ferenczi (1917) afirma que a depressão na velhice ocorre por um empobrecimento libidinal de investimento objetual e denuncia a regressão a um narcisismo e a um autoerotismo culpado. A depressão seria a expressão do desprazer, da repugnância de uma consciência altamente civilizada diante desses desejos incompatíveis.

A psicanalista Ângela Mucida (2004) faz duras críticas às concepções de Ferenczi sobre a velhice, sublinhando suas generalizações e seu esquecimento das teses psicanalíticas fundamentais, como o fato de existir apenas um sujeito na análise - o sujeito do inconsciente - e que este não envelhece.

Na indicação de análise, o importante seria a forma como o sujeito se coloca frente à falta no Outro e sua relação com o desejo, que não é determinado pela idade nem “pela quantidade de material psíquico”. Além disso, o conceito de pulsão não corresponde a uma ideia desenvolvimentista. Para Freud, a pulsão é uma força constante e sua satisfação é sempre parcial; e a sexualidade adulta contém elementos que aparecem de uma forma específica, onde vigora a sexualidade infantil.

Ainda sobre as contraindicações à escuta psicanalítica de “idosos”, Mucida (2004) defende que o posicionamento de Freud foi proferido num determinado período de seu percurso clínico. Ao longo da obra freudiana, ele próprio convoca os futuros analistas a desenvolverem seus próprios dispositivos clínicos.

A psicanalista pontua que, no decorrer da construção de sua teoria, Freud não recomendava a análise de crianças e de psicóticos, assim como a de “idosos”. Porém, apenas a clínica com “idosos” “permaneceu em silêncio”. Tanto a primeira quanto a segunda, contaram com diversos estudos e publicações ao longo da história da psicanálise, ao passo que a clínica com idosos não despertou o mesmo interesse que as outras duas. Mucida (2004) acredita que essa resistência dos analistas vai para além de fatores demográficos de uma determinada época:

“Para além de todos esses dados estatísticos, a indicação de um sujeito à análise não diz respeito à idade cronológica, mas à falta do Outro, se há sofrimento na condução do real e, sobretudo, se há sintomas analisáveis”. (MUCIDA, 2004, pag. 187)

Embora Freud no início do seu percurso não recomendasse a análise para “idosos”, sempre manifestou o desejo de que a psicanálise se desenvolvesse em sua prática: “É a clínica que, interrogando a teoria, permitirá a atualização dos conceitos fundamentais”. (MUCIDA, 2004).

Em “Caminhos da Terapia Psicanalítica” (1919), Freud expressa seu desejo de que a psicanálise pudesse ser aplicada além dos consultórios particulares, expandindo-se aos serviços públicos: “Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica a novas condições” (FREUD, 1919). Ele destaca que a técnica desenvolvida até aquele momento (tratamento da histeria) deveria ultrapassar seus limites, criando novos modos de direção do tratamento a outras formas de sofrimento e adoecimento psíquico.

Sendo assim, nosso objetivo nessa dissertação de mestrado é seguir as orientações freudianas, num esforço de dizer algo a partir de nossa prática, articulando nossa escuta clínica com a teoria psicanalítica, visando contribuir com o avanço das investigações psicanalíticas relacionadas à velhice.

### **1.5 O desejo do analista e a clínica com idosos**

Apesar das contraindicações no início de sua obra, é o próprio Freud que nos autoriza a escutar e interpretar o mal-estar de cada época. O envelhecimento populacional é uma realidade contemporânea, mas devemos estar advertidos de que a velhice não é um tipo clínico ou uma estrutura.

É importante trazer para a discussão a interrogação de Castilho (2011): de que lugar nos propomos a ouvir o velho? O lugar do especialista em envelhecimento ou do lugar de analista? O especialista se interessará pelo processo de envelhecimento e das doenças que surgem com o avançar da idade. Já o analista se interessa pelo sujeito dividido, irá escutar o sujeito confrontado com sua velhice e seu modo singular de lidar com o inexorável da vida.

Propomo-nos a ouvir não um indivíduo idoso, mas o sujeito do inconsciente e este não envelhece, como frisa a psicanalista Ângela Mucida. Além disso, é importante destacar que existem tanto velhos abertos ao trabalho do inconsciente quanto jovens fechados ao dispositivo analítico.

Cabe ao analista sustentar sua postura desejante de que o analisando fale, sonhe, esqueça, fantasie, interprete e prossiga associando livremente, independentemente de qualquer resistência ou qualquer antipatia que o analista possa vir a ter em relação a ele.

Vimos acima que Mucida (2004) argumenta sobre a pouca produção psicanalítica em relação a velhice se comparada a outras faixas etárias. Pontua que a escuta dos velhos pode trazer algo do real que repele alguns analistas. É interessante pensarmos a contraindicação como uma forma de contratransferência.

Em seu artigo “Sobre a dinâmica da transferência”, de 1912, Freud fala sobre o fenômeno da transferência, em que o analisando investe libidinalmente sua relação com o psicanalista, inserindo-o, dessa forma, em suas sequências psíquicas. Trata-se de uma repetição, na relação com o analista, de um sentimento, de um lugar e de uma posição subjetiva em seus relacionamentos. A transferência passa a ser, dessa forma, tanto o motor da análise quanto motivo de grande resistência:

“...permanece uma incógnita o motivo de ser a transferência, na análise, a mais forte resistência contra o tratamento, enquanto fora da análise temos de reconhecê-la como portadora do efeito de cura e condição para o sucesso do tratamento”. (FREUD, 1912, págs. 109 e 110)

Nesse texto, Freud (1912) também irá falar sobre transferência positiva e transferência negativa. Por transferência positiva, entende-se as manifestações de sentimentos amistosos e carinhosos para com o psicanalista, enquanto a negativa seria caracterizada pela predominância de sentimentos hostis.

No texto intitulado “Observações sobre o amor transferencial”, Freud (1915) aborda a resistência ao tratamento analítico por meio de uma transferência amorosa do analisando. Freud adverte os analistas para não atenderem essa demanda de

amor e nem se deixarem envolver pelos investimentos libidinais do paciente. Pontua que o analista, no processo de escuta, precisa travar uma luta “em seu interior contra as forças que querem tirá-lo do nível analítico” (p.179).

Nas “Conferências introdutórias à psicanálise”, Freud (1917), ao falar sobre a transferência, pontua que a mesma surge no analisando desde o início do tratamento e que representa a mola propulsora para o trabalho psíquico. Porém, ela pode se transformar em resistência, seja pelo exacerbado enamoramento pelo analista, seja pela transformação dos sentimentos afetivos em hostis. Freud destaca que os sentimentos afetuosos e hostis coexistem em todos os relacionamentos, mas que precisam ser levados em conta em uma psicanálise. Um sentimento hostil ou afetivo diz respeito a um vínculo emocional, marca da transferência.

Na conferência de abertura do II Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Nuremberg em 1910, Freud falou sobre “As perspectivas futuras da teoria psicanalítica”, e, em sua fala, abordou a questão da contratransferência “que surge no médico quando o paciente influencia os seus sentimentos inconscientes.”<sup>7</sup> Freud pontua também que o “psicanalista consegue ir apenas até onde permitem seus próprios complexos e resistências internas”, sendo assim necessário ao psicanalista se submeter a uma análise pessoal.

Sobre a resistência, é importante pontuar que ela ocorre apenas no contexto de uma análise. Não se trata de uma característica psicológica do sujeito, apenas um fenômeno marcado pela interrupção da cadeia associativa. Toda resistência é produto da análise, uma vez que ela força o desrecalcamento. Esse desrecalcamento promove a resistência, que é constituída pela força do recalque que continua atuando no sujeito.

Jacques Lacan coloca a resistência ao tratamento do lado do analista. No seu seminário sobre as psicoses, Lacan adverte o analista para escutar o analisando e não tentar compreendê-lo. Para Lacan, compreender é entrar no jogo do paciente e conseqüentemente colaborar com sua resistência:

“ A resistência do paciente é sempre de vocês, e quando uma resistência é bem-sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço, porque vocês estão compreendendo”. (LACAN, 1955 - 1956, p.62)

---

<sup>7</sup>FREUD,S. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910). Tradução Paulo Cesar de Souza – 1ªEd- São Paulo: Companhia das Letras, 2013, p. 293

Ainda sobre a resistência do analista, Lacan (1958) em seu escrito “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” afirma: “Não há outra resistência à análise senão a do próprio analista”. (LACAN, 1958, p. 601)

Em relação ao analista, como aquele que insiste para que haja análise, o psicanalista Marco Antonio Coutinho Jorge afirma:

“O desejo do analista se associa ao desejo do analisando, e não com a resistência. E, se o analista opera através de uma posição radical de não saber, há algo que ele sabe fazer operar na disjunção entre saber consciente e o saber inconsciente: o analista sabe que o sujeito sabe (inconscientemente) sem saber (conscientemente) que sabe” (JORGE, 2017, p.45)

No artigo de 1910 denominado “Sobre psicanálise selvagem”, Sigmund Freud pontua de forma precisa e sintética questões éticas e técnicas que permeiam a clínica psicanalítica. Explica o sintoma como resultante de um conflito entre dois polos psíquicos: a força excessiva da libido e a rigidez do recalque. Adverte ao analista a não comunicar ao analisando sobre o conteúdo inconsciente recalcado, ao menos que este já esteja em plena transferência com seu analista e a um passo de descobri-lo por si só. Caso contrário, terá como consequência uma intensificação do conflito psíquico e o aumento de seu sofrimento.

É interessante nesse artigo Freud falar em “tato médico” e reafirmar a importância da técnica psicanalítica. Porém, são importantes esse “tato” e a sensibilidade do psicanalista aos movimentos psíquicos do analisando, cabendo ao psicanalista criar as condições de fala por meio de uma oferta de escuta para que, assim, “os sintomas do doente começam a diminuir, ou então ele decide dar um passo no caminho de sua cura. A melhora definitiva, depois, surge ‘por si só’ ou então é atribuída ao tratamento” (FREUD, 1910, p.88).

Ainda sobre a possibilidade de uma escuta clínica com “idosos”, podemos nos pautar no texto freudiano “Análise Finita e Infinita”, de 1937, onde Freud postula que a adolescência e a senescência são períodos da vida marcados por um “acréscimo pulsional”, que convoca o sujeito para o trabalho psíquico.

Nesse texto, Freud comenta os três fatores determinantes para a entrada em análise: o trauma psíquico, a força pulsional e a alteração do Eu. Sobre a força pulsional, destaca o momento da puberdade e a menopausa, onde ocorreriam uma intensificação pulsional, configurando uma exigência de trabalho psíquico frente às questões que se apresentam. Em relação à puberdade, Freud (1905) configura como

exigência de trabalho as mudanças corporais e o desligamento da autoridade dos pais. Mas o que seria uma exigência de trabalho na velhice?

Freud sublinha que todo reforço pulsional “que chegue tarde na vida pode produzir os mesmos efeitos” (FREUD,1937, p.240), como o reaparecimento de muitos traumas. Esses traumas podem ser atualizados em casos de perdas significativas e concomitantes, como veremos no próximo capítulo.

Vimos acima que Freud nos ajuda a combater suas próprias contraindicações à clínica psicanalítica com idosos, uma vez que a noção de acréscimo/intensidade pulsional convoca o sujeito a um trabalho psíquico. Lacan, por sua vez, nos ajuda a entender a resistência como sendo do analista, e, por conseguinte, devemos enfrentá-la por meio de nossa análise pessoal, fazendo prevalecer a função do analista e o seu desejo em promover a abertura ao inconsciente.

Veremos agora como a escuta psicanalítica pode ir para além dos consultórios e se instalar em ambientes públicos de saúde, como um hospital universitário e um ambulatório especializado em geriatria e gerontologia.

## **1.6 O lugar da psicanálise nos dispositivos de saúde**

Como foi abordado na introdução dessa dissertação, a escrita desse trabalho é um esforço de dizer algo a partir da experiência. Em nossa prática como residente de psicologia inserido em uma equipe multiprofissional de saúde do idoso, pudemos atuar tanto num ambulatório especializado em geriatria e gerontologia quanto numa enfermaria de um hospital universitário.

É importante destacarmos o contexto onde a escuta ocorria. Nossa atuação foi atravessada pelo discurso da saúde pública e pelo trabalho em equipe multidisciplinar. Isso implicou em um manejo próprio, uma vez que o discurso institucional, baseado numa prerrogativa de trabalho em equipe, busca transpassara análise com um discurso de cuidado ao idoso, pautado em um discurso científico, visando formas de nomear a velhice e suas singularidades.

Outro ponto interessante a ser destacado é a questão da demanda de análise. No Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UERJ), ambulatório onde atuamos como residente, a escuta de “idosos” pelo serviço de psicologia ocorre por meio de encaminhamentos

feitos pela equipe multiprofissional. Muitos idosos, ao serem encaminhados, chegam com o diagnóstico fechado: demência, Parkinson, ansiedade e depressão. Outras vezes, há uma pergunta da equipe endereçada à psicologia acerca da tristeza e da angústia de um “idoso”. Consequentemente, nos levam a interrogar essa mobilização: a angústia estaria do lado da equipe que encaminha ou do paciente que é encaminhado?

Na conferência de 1966, a convite da psicanalista Jenny Aubry, denominada “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan fala sobre o lugar marginal e extraterritorial da psicanálise, lugar esse que podemos pensar no dispositivo analítico inserido em uma equipe assistencial. Esse lugar é marginal pela posição do discurso médico em relação à psicanálise, colocando-a apenas como um saber auxiliar, também é extraterritorial pela forma como os psicanalistas se posicionam em relação a esse discurso.

Aprendemos com Lacan (1966) que o lugar da psicanálise junto aos demais campos de saber não é de complementariedade. Porém, isso não significa que o psicanalista deva se ausentar da vida institucional. Ao contrário, é diante das lacunas discursivas e da imobilidade da equipe médica assistencial diante da não adesão do paciente, que o psicanalista se faz presente. Como afirma Rafaela Gomes (2016) sobre a presença do psicanalista em uma instituição:

“Sua presença favorece pequenas intervenções que, servindo-se das brechas discursivas, possam introduzir a realidade do inconsciente. Isso, contudo, não é sem algumas dificuldades, afinal, a circulação de saber nesses espaços opera negando a castração como limite intransponível” (GOMES, 2016, p. 65)

Lacan também pontua a estrutura de falha que existe na relação entre demanda e desejo e que alerta que quando um paciente procura um médico, ele não deseja pura e simplesmente a cura. Paradoxalmente, ele busca o médico para que este comprove sua condição de doente, mostrando seu desejo de ser curado, e, ao mesmo tempo, de conserva-se doente.

Muitos velhos encaram a própria velhice como um fardo e procuram nos serviços de saúde e especialidades médicas uma maneira de se livrar das doenças que costumam chegar com o avançar da idade. Muitos encarnam o discurso médico, que visa a produção de respostas e efeitos rápidos na intervenção sobre o corpo. Mucida (2009) acredita que:

“Todas as vezes que na vida adulta o sujeito se sente ameaçado ou ferido narcisicamente, desvalorizado, abandonado, sem saídas com os ideais a serem realizados, tende a regredir a um estado anterior, buscando formas de recobrir o buraco aberto na relação com os outros. Nessa direção, agarrar-se

ao corpo doente é uma tentativa de dar consistência. Em substituição aos laços fragilizados e uma imagem que se modifica pode imperar o corpo doente”. (MUCIDA, 2009, p.75)

Outra direção possível é a aposta na abertura ao trabalho psíquico a partir de eventos que se apresentem com valor de trauma para o sujeito e requerem elaboração e não tamponamento de questões. Por essa via, a função do psicanalista numa instituição é de propor uma escuta a fim de promover uma retificação subjetiva no idoso atendido. Ou seja, promover uma implicação do sujeito naquilo de que se queixa<sup>8</sup> (Freud, 1905).

O atendimento psicanalítico respeita o tempo e o saber de cada paciente, sublinhando sua singularidade. O discurso analítico, ao contrário do discurso científico, supõe o saber ao lado do sujeito e não na figura do especialista em saúde. Dessa forma, ao falar sob transferência, o sujeito pode expressar algo de sua verdade e implicar-se em seu mal-estar vivenciado.

Em sua terceira conferência introdutória à psicanálise de 1917, intitulada “Psicanálise e Psiquiatria”, Freud sublinha a visão da psiquiatria preocupada em analisar o conjunto de sinais e sintomas, “apontar para a hereditariedade e fornecer uma etiologia bastante genérica e distante” (p.341). Freud afirma ainda a relação de complementariedade entre psiquiatria e psicanálise, fazendo analogia de que a psicanálise estaria para a psiquiatria assim como a histologia para a anatomia. Enquanto uma disciplina estuda a forma exterior dos órgãos, a outra se dedica ao estudo de sua constituição por meio de células e tecidos.

Apesar da complementariedade, Freud aponta a diferença radical entre psicanálise e psiquiatria: “O sintoma possui um sentido e este guarda relação com as vivências do enfermo” (p.343). Portanto, para a psicanálise os sintomas têm seu sentido, assim como os sonhos, lapsos e atos falhos. O sintoma possui um caráter singular e não geral como indica o discurso médico. Trabalha-se por meio de uma escuta, apostando na particularidade de cada caso.

Abordaremos nas próximas páginas, como o discurso médico aborda a depressão e, sob esse efeito, de que lugar um velho se apresenta como deprimido nos ambulatórios e consultórios. Também pontuaremos o sofrimento dos familiares que se colocam numa posição de cuidado de um “idoso” e o sentimento de luto antecipatório presente nesses momentos.

---

<sup>8</sup> Sobre a implicação em sua própria queixa, ver o texto freudiano “Análise fragmentária de uma histeria” de 1905, o famoso “Caso Dora”.

## 2 LUTO E ESTADOS DEPRESSIVOS

### 2.1 Envelhescência e velhice

O psicanalista Manoel Tosta Berlinck criou o termo envelhescência para pensar um determinado período da temporalidade onde ocorre um desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo. Destaca que não se trata de uma formação do inconsciente e nem uma alteração da sexualidade como ocorre na adolescência; ainda que na velhice homens e mulheres se deparam com os fantasmas da impotência, da frigidez, da ejaculação precoce e com o fantasma da decadência do corpo.

A adolescência é marcada, dentre outras coisas, pela mudança corporal. O sujeito frequentemente se assusta e vive um estranhamento, pois se vê como uma criança, embora seu corpo comece a adquirir caracteres de adulto, como engrossamento da voz, aquisição de pelos pubianos, surgimento de seios, menstruação, entre outros. Para além das mudanças corporais, o sujeito enfrenta uma adultez desconhecida e misteriosa.

Na envelhescência, decorreria um processo semelhante à adolescência. Ocorreria uma outra mudança corporal marcada pela alteração de peso, queda de cabelos, enrughecimento da pele e perdas de visão, audição. Uma alma/mente jovem que habita um corpo envelhecido. O sujeito depara-se com um futuro desconhecido e assustador; passa a pensar na proximidade da morte. Os sonhos e projetos já não podem ser pensados a longo prazo. Além disso, seu corpo já não responde a certos estímulos do desejo. O sujeito depara-se na condicionalidade de recriar sua rotina diária e repensar seu trabalho, adaptando-os a sua nova realidade corporal.

Berlinck (2008) aponta que, assim como na adolescência, nesse período da vida podem ocorrer radicais modificações no eu diante dos ideais. O sujeito depara-se com projetos e desejos que não poderão mais ser realizados, por pura falta de tempo. Passa-se a pensar no possível e não mais no ideal como algo que possa ser alcançado e realizado: “Pensamentos desse tipo apontam para uma certa limitação tanto do eu ideal como do ideal de eu e podem remeter o sujeito a uma redescrição de seu próprio mito”. (p. 194).

A envelhescência torna-se um período de elaboração da própria vida, onde o sujeito avalia suas escolhas e como pode continuar construindo sua história. O psicanalista aponta que “a envelhescência é um momento muito específico, tal como a adolescência, que pode ser vivida de múltiplas formas”. O envelhecer manifesta-se no corpo, mas pode-se ficar velho sem passar pela envelhescência.

O encontro de uma alma sem idade com o corpo que envelhece só compõe a envelhescência se vivido da forma mais natural possível. O autor define a envelhescência como o puro reconhecimento desse estranho encontro que adquire um efeito de significante. Ele a difere de uma formação do inconsciente, que pode se resumir num sintoma que se repete interminavelmente sem produzir um efeito de subjetivação. Ao contrário, ele define a envelhescência como um ato de subjetivação onde ocorre um trabalho de elaboração do eu.

A envelhescência produz no imaginário do sujeito uma modificação de seu lugar. Sente-se sozinho, ainda que esteja rodeado de pessoas. Seus antepassados e algumas pessoas queridas já não existem mais, seus filhos cresceram, tornaram-se adultos e se afastaram. Nesse cenário, a memória “deixa de ter um caráter familiar e passa a ser uma propriedade privada do envelhescente”. A hipótese de Berlinck (2008) é a de uma grande sensação de individualidade, uma vez que suas memórias não são mais divididas, pois não existe mais uma comunidade de referência que frequentemente se manifesta pelas reminiscências de eventos vividos coletivamente. Essa memória é formada por pequenas ocorrências que se enlaçam a fatos históricos e designam a pertinência de uma geração. Essas lembranças daqueles que participaram da sua história lançam o sujeito no reconhecimento de sua solidão: “Na envelhescência, o sujeito encontra-se empenhado em refazer sua própria história, de forma que ela possa se adequar ao corpo que envelhece.” (BERLINCK,2008, p. 196)

A envelhescência é um processo diferente do envelhecer. O envelhecer é um processo da vida desprezado pela sociedade. O velho é visto como um fardo para a sociedade pois pesa sobre a previdência social, encarece o seguro de saúde e evidencia para os jovens a decrepitude do corpo como algo inevitável. Já a envelhescência é um processo onde o sujeito “se vê na contingência de ter de pensar sua velhice”; ou seja, distingui-la do estigma social e inventar um jeito de vivenciar a velhice de uma forma digna. Trata-se de um esforço solitário, de uma ação psíquica capaz de enriquecer o mundo interno do sujeito.

Berlinck (2008) também conceitua a envelhescência como uma época onde se “descobre que desagradar o outro não só é necessário, como também nos distancia da sedução”. A sedução não pode ser mais praticada pois o corpo já não suporta certas promessas que fazemos ao outro com a fantasia de agradá-lo: “A envelhescência é a arte de viver a velhice.” Trata-se de um processo constante de reinvenção e recriação diante das adversidades que a vida impõe. Nas palavras de Berlinck, a envelhescência seria:

“...recriação do eu diante das exigências pulsionais e as novas exigências do corpo que se aproxima da morte. Dadas as funções que o eu desempenha no psiquismo humano – a função sintética e a função administrativa –, ele é uma verdadeira criação cotidiana e é solicitado a constantes rearranjos diante da dinâmica realidade. Um eu rígido, que não responde com criatividade às exigências internas e externas que lhe são feitas corre o grave risco de rotinizar o cotidiano, podendo acabar como um simples instrumento enfraquecido e estereotipado. A envelhescência é uma boa oportunidade para a flexibilização do eu e, portanto, para a saúde mental do sujeito”. (Berlinck, 2008, p. 197-198)

Já para a psicanalista MaudMannoni (1995), a entrada na velhice não ocorreria pela envelhescência, mas pela experiência de perdas. Para ela, a velhice não teria a ver com a idade cronológica, mas com o estado de espírito. Pontua de forma sábia que a condenação à morte está presente em todos desde o nascimento, assim como o aparecimento de uma doença, que pode chegar em qualquer idade. Mannoni afirma que existem “velhos” de 20 anos e “jovens” de 90 anos. Pontuando que tratar-se-ia de uma questão de guardar em si uma certa dose de cumplicidade com a criança que se foi, e, em outros casos, de uma identificação quando jovem ao senhor admirável, respeitável e sério, encarnando assim o lugar de senhor.

Ao se perguntar “quando se fica velho?”, Mannoni aponta para o abandono da vida ativa com a aposentadoria como um duro golpe para alguns e a consequente entrada na velhice. Pontua que cada pessoa procura adiar para o mais tarde possível a renúncia aquilo que se foi. Dessa forma, problematiza a própria noção de velhice fixada aos 60-65 anos com a aposentadoria e comparada ao fim da vida ativa. Fator esse que pode ter efeitos devastadores e traumáticos para alguns:

“A pessoa idosa, quando constata que não pode mais agir como antes sobre o mundo ambiente, não tem, ao que parece, outra escolha senão retirar-se do mundo na depressão.” (MANNONI, 1995,p.21)

A psicanalista MaudMannoni define então a entrada na velhice não necessariamente pela idade biológica, mas por uma experiência de perda radical, de um

luto radical, saindo de uma definição biológica e culturalmente construída (60/65 anos) para uma questão subjetiva.

Sobre a questão da velhice, é importante destacar que ela é vivida de maneira singular. Por isso, optamos no título dessa dissertação pelo termo “velhices”, demarcando que não existe uma única forma de se vivenciar a velhice. Envelhecemos como vivemos. Sobre isso, gostaríamos de destacar um filme de 2019, chamado “Varda por Agnès”, um filme autobiográfico onde a premiada cineasta Agnès Varda, aos 90 anos, faz uma reflexão sobre suas principais obras ao longo dos seus 64 anos de carreira. Diante do público num palco de teatro, Agnès Varda relembra seu percurso, passando da fotógrafa para a cineasta e, por fim, para a artista. Varda define sua trajetória orientada por três palavras: inspiração, criação e interação. Ao comentar o tema dos seus filmes, afirma que “são os outros que me interessam, que me intrigam”. A cineasta retrata de maneira profunda e poética a realidade de cada época abordada em seus filmes, sempre com um realismo documental. Podemos destacar em seus filmes temas como a luta feminista, o documentário sobre os Panteras Negras e muitos outros onde faz uma crítica social retratando em seus filmes as pessoas comuns e os excluídos da sociedade. Agnès Varda trabalhou até o fim de sua vida, sempre expressando sua genialidade e relevância para a cultura. Sua vida, e aqui pretendemos destacar sua velhice, foi uma expressão de potência, uma oposição à representação social do velho como frágil e descartável.

## **2.2 Sobre a experiência de perdas**

Sigmund Freud em 1930, em sua obra “O mal-estar na civilização” afirma: “A vida tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis” (p.28). Além disso, Freud nos aponta três lados do sofrer: o mundo externo, o corpo e as relações com os outros seres humanos. A poderosa força da natureza (mundo externo) ameaça a humanidade de forma inexorável e destruidora. As outras duas fontes de sofrimento, podemos aproximar da velhice, por abarcar o inevitável declínio físico com as limitações advindas do envelhecimento (corpo); e a dor dilacerante causada pelas relações amorosas e pela perda de laços (relações com outros

seres humanos). Essa última fonte, é para Freud, a que causa queixas mais contundentes e maior sofrimento.

Em 1937, Freud sublinha que o climatério nos “idosos” proporcionaria um aumento pulsional, assim como ocorre na puberdade. Esse acréscimo pulsional configuraria uma exigência de trabalho psíquico frente as questões que se apresentam. Em relação à puberdade, Freud (1905) configura como exigência de trabalho, na adolescência, as mudanças corporais e o desligamento da autoridade dos pais. Mas o que seria uma exigência de trabalho na velhice? Freud (1937) aponta que todo reforço pulsional, “ que chegue tarde na vida pode produzir os mesmos efeitos”(p.240), como o reaparecimento de muitos traumas. Esses traumas podem ser atualizados em casos de perdas significativas e concomitantes. A entrada na velhice é marcada pelo acréscimo pulsional, pelas mudanças corporais e pelas experiências de perdas que o processo de envelhecimento acarreta.

Com o passar dos anos e o progressivo processo de envelhecimento, a morte de pessoas próximas torna-se cada vez mais frequente, afunilando alguns laços sociais. Além disso, ocorrem muitas mudanças corporais importantes, como aparecimento de doenças que acompanham o próprio processo de envelhecer, além de perda da marcha, da visão e da memória. O velho pode passar por um processo de luto pela pessoa que já foi um dia, e pela pessoa que não se tornou com sua velhice, sendo sua realidade diferente daquela idealizada na juventude. A aposentadoria pode ser um duro golpe para muitos “idosos”, pois além da perda financeira, perdendo benefícios, muitos perdem seus laços sociais e a função fálica que o emprego proporciona. Essa pluralidade de fatores convoca a uma exigência de trabalho que pode abrir caminho para o trabalho de elaboração do luto (Mucida, 2004)

Muitos “idosos” idealizam um fim de vida sem sofrimento, almejam “aproveitar” a vida depois de anos de trabalho, mas deparam-se com diversas perdas, que os levam em direção oposta àquelas idealizadas. A esse respeito, ao falar sob transferência, um idoso de 77 anos afirma: “Não sei o que fiz a Deus para merecer isso! Esse não era o fim que esperava”. O paciente em questão queixa-se da dificuldade de ter que cuidar da esposa e da cunhada, ambas diagnosticadas com Alzheimer. Idealizava passar sua velhice ao lado da esposa na sua casa na Região dos Lagos, no Rio de Janeiro. Por questões financeiras, não possui mais essa casa e, além disso, sua esposa encontra-se num grau avançado da demência. Falar ao analista é uma via para esvaziar o sofrimento e viabilizar que se invente algo para lidar com as dificuldades.

Como reagimos diante da perda desses objetos, perdas significativas, daqueles que amamos? Por que esse processo é tão doloroso? O que se perde quando se perde algo ou alguém? Freud (1926) indica três reações a experiência de perda, que analisaremos à frente. São elas o luto, a angústia e a dor.

Sobre essas questões, Jacques Lacan, em seu seminário sobre a angústia (1962-1963) ao abordar o luto, o concebe para além de uma identificação com o objeto perdido, e o define da seguinte forma:

“Só nos enlutamos por alguém de quem possamos dizer a nós mesmos: Eu era a sua falta. Ficamos de luto por pessoas a quem tratamos bem ou mal, e diante das quais não sabíamos que exercíamos a função de estar no lugar de sua falta.” (LACAN, 1962, p.156)

Em “Luto e Melancolia” (1917), Freud traça um paralelo entre o processo dito normal e aquele patológico de se lidar com a experiência de perdas. Define o luto como “uma reação à perda de uma pessoa amada, à pátria, liberdade, um ideal”. Trata-se de um processo natural, que faz parte da vida, possui início, meio e fim. Nele, são comuns algumas características presentes na melancolia como “um abatimento doloroso, perda do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e inibição de todas as atividades”. O ponto de divergência entre as duas reações à perda, luto e melancolia, ocorre em relação a autoestima/amor próprio. No luto, ela não seria afetada enquanto na melancolia ela é diminuída, ocorrendo um grande empobrecimento do eu que se expressa em recriminações e ofensas à própria pessoa, podendo chegar a uma expectativa de punição delirante.

Sobre o luto, Freud (1917) sinaliza que ele deve ser superado, após certo tempo, a partir da realização de um trabalho psíquico. Em seu breve artigo “A transitoriedade”, de 1916, Freud inicia o texto contando o passeio que fez acompanhado por dois amigos, sendo um deles poeta. Estavam apreciando uma linda paisagem, mas o poeta, ao invés de se alegrar, perturba-se ao pensar que toda a beleza que estavam contemplando acabaria com a chegada do inverno. De igual forma, frisa ele, toda a beleza humana e sua criação, tudo o que poderiam admirar e amar estavam condenados à escassez do tempo, e, por isso, era despojado de valor, devido sua transitoriedade.

Sigmund Freud (1916), nesse belo texto, destaca que a preocupação com a fragilidade e com aquilo que é belo pode dar origem a duas tendências diferentes no psiquismo. Uma conduz ao doloroso cansaço do mundo (mostrado pelo poeta) e uma rebelião contra o fato constatado. Chama o amigo poeta de pessimista por desvalorizar

aquilo que é belo por seu caráter transitório. Freud discorda de seu amigo e afirma que “o valor da transitoriedade é o valor da raridade no tempo” e que a limitação da possibilidade de fruição aumenta sua preciosidade. Sublinha que a beleza da natureza sempre retorna após o inverno e conclui sua argumentação afirmando que uma flor que floresce apenas por uma noite não perde sua beleza por isso.

Aprendemos com os “idosos” que a vida tem uma urgência, a temporalidade se impõe e precisamos inventar algo para lidarmos com a perda”. Na minha família as pessoas duram 93, 94 anos; já estou com 87 anos, não tenho muito tempo. Não posso mais fazer tantos planos. Por isso, tento aproveitar ao máximo! Uma vez por semana faço minha aula de dança, aos domingos vou à igreja fazer minhas orações e rever minhas colegas; e, uma vez ao mês, eu almoço com minhas amigas”. Frase de uma senhora, dita sob transferência, que dois meses após perder sua irmã, sublinha a importância de estar falando em análise, pois lhe possibilita viver o dia de hoje.

No texto sobre “A transitoriedade”, Freud (1916) destaca o papel da libido, que no início do desenvolvimento se dirigia para o próprio Eu, e, depois, dirige-se para os objetos, os quais incorporamos em nosso Eu. Dessa forma, ao perdermos alguém amado, sentimos como a perda de parte de nosso próprio Eu. Ao serem destruídos esses objetos, a libido seria então liberada para recorrer a outros objetos substitutos ou regressar temporariamente ao Eu. Freud destaca o quão doloroso é esse processo e a dificuldade que a libido possui de se desgarrar dos objetos perdidos, mesmo quando dispõe de substitutos. Mas como substituir um filho, um cônjuge ou um ente querido?

Se formos nos deter aos manuais de psiquiatria atuais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5 -2014) nos deparamos com a radicalidade e o absurdo da recomendação de se entrar com uma intervenção medicamentosa caso os sinais do luto persistam após 14 dias da perda de um ente querido. Para esse manual, sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou perda de prazer fazem parte do chamado transtorno depressivo. Chama-nos a atenção o prazo tão curto para a persistência dos sintomas e a introdução de um tratamento farmacológico. Além disso, como quantificar uma tristeza? Como atribuir um valor normal ou patológico num período tão curto de duas semanas?

Esse manual, em uma nota, atribui a responsabilidade para a avaliação ao especialista, onde sua decisão “requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto de uma perda” (DSM5, 2014, p. 161).

Por exemplo, em muitos “idosos”, a perda de uma pessoa querida, não é recente, mas para o sujeito ela é atual. Na clínica psicanalítica importa mais o que se diz sobre o que se perdeu do que a temporalidade real de quando se perdeu algo ou alguém. Muitos velhos não se recuperam dessas circunstâncias penosas da vida e mergulham numa tristeza sem direção. Outros, encarnam o discurso do “velho obsoleto” imposto pela sociedade capitalista, não encontrando mais sentido para sua vida.

Glória Castilho (2011) em sua leitura de Lacan, nos alerta para a ausência de ritos fúnebres na atualidade, pontuando o não querer saber da dor do outro de nossa época. Cada vez mais constatamos ritos enxutos e esvaziados. Na contemporaneidade, em que prevalece a conjunção entre a ciência tecnológica e a lógica capitalista, constata-se uma franca intolerância à dor alheia. Vemos discursos minimalistas como: “deixa disso” ou “isso logo vai passar” ou então falas pautadas no capitalismo “vamos ao shopping comprar alguma coisa, vai te ajudar a esquecer essa tristeza”. Para além disso, existe uma indústria de propagandas que vendem uma “felicidade” em forma de produto. Esse ambiente, em que se demanda uma relação asséptica com a dor e o sofrimento, dificulta que ocorra de forma natural o trabalho necessário de elaboração do luto.

O psicanalista Marco Antonio Coutinho Jorge (2017) também nos alerta sobre os ritos fúnebres como marca da cultura humana, mostrando que a morte da pessoa amada não pode ser vivida apenas como uma morte física. A memória do amado que morreu é preservada no ritual de enterramento, cremação ou mesmo na lápide, que geralmente contém nome e tempo de vida; em algumas, são encontradas fotografias e frases que buscam definir aquele que se foi:

“Com eles aquele corpo morto é inscrito para sempre no simbólico – uma maneira de tornar evidente que a linguagem antecede e sucede toda a vida humana. Esse é o verdadeiro sentido do Nome-do-Pai, do significante que situa na linguagem o caráter puramente simbólico do que é transmitido de pai para filho”. (JORGE, 2017, p.222)

Uma “idosa” (86 anos) ouvida sob transferência, no ambulatório geral do NAI/UERJ, falou sobre sua tristeza, “depressão” e perda de interesse, associando as perdas de laços que foi tendo ao longo da vida: “Tem coisas que não voltam mais”. Ao ser perguntada sobre o que não volta mais, enumerou as muitas perdas que teve na vida: os pais, um filho, o marido, suas alunas de pintura e algumas vizinhas. Sinalizou que algumas perdas são insubstituíveis e que sua tristeza necessita de uma direção, onde possa encontrar uma maneira de tentar elaborar algo dessa experiência. Essa demanda,

quando dirigida ao analista, pode, no tempo, ganhar direção e permitir um certo esvaziamento da dor e do sofrimento.

Sobre o manejo do luto, Jorge (2017) nos aponta a importância de o psicanalista levar em conta as forças em jogo no momento para o sujeito, onde um conflito se produz entre as forças pulsionais (do isso) e as forças defensivas (do eu). O psicanalista também nos adverte a jamais introduzir significações que corram o risco de se tornarem uma influência coercitiva superegoica. Para Marco Antonio Coutinho Jorge, o psicanalista deve proceder de modo prudente e sem precipitação, assim como o jogador de varetas, que precisa ter paciência e precisão para alcançar a vitória. Cabe ao psicanalista acolher a dor e acompanhar o ritmo de seu analisando que, a seu tempo, realizará seu percurso simbólico de elaboração da perda.

É importante voltarmos ao texto freudiano “Luto e Melancolia” no qual Freud não fala de depressão enquanto uma categoria nosográfica que precisa ser medicalizada e tratada. Freud (1917) falará em “estados depressivos”. A depressão é vista pela psiquiatria como uma doença onde o sujeito seria desresponsabilizado pelo seu sofrimento e seria medicado como se fosse uma “gastrite”. A psicanálise, ao contrário, interrogará o sujeito acerca do seu sintoma; cabe ao sujeito singularizá-lo, falando sobre seu estado depressivo e sua implicação no mesmo. Apenas um “idoso” poderá dizer a seu analista o que é, para ele, sentir-se “deprimido”.

Sobre o luto, Freud (1916) pontua em “A transitoriedade”, que ele é um processo doloroso e que necessitaria de um intervalo de tempo para ser elaborado. Após renunciar a tudo o que se perdeu, ele consumirá a si mesmo e a libido estará livre novamente para substituir objetos perdidos por outros novos e possibilitar a abertura para se seguir com a vida: “Eu chorava todo dia e em todos os lugares (...) com o passar dos anos, foi doendo menos”. Fala de uma “idosa” de 86 anos, ao relatar a perda de um sobrinho muito querido, que considerava como um filho. Afirmou que passou anos chorando por ele e que ainda hoje sente muito sua falta: “Ele era diferente, era muito especial”. Essa fala torna-se um importante indicador de que algo do sofrimento dessa senhora é acolhido e esvaziado em sua análise.

Em “Nossa atitude perante a morte”, Freud (1915) sublinha que a morte de pessoas queridas, filhos, cônjuges, genitores e amigos próximos, é sentida como um verdadeiro colapso: “Enterramos com ele todas as nossas esperanças, ambições, alegrias, ficamos inconsoláveis e nos recusamos a substituir aquele que perdemos” (FREUD, 1915, p.231). Nesse texto, Freud fala da morte como algo natural,

incontestável e inevitável, mas o sujeito a coloca de lado, à parte, eliminando-a da vida: “No fundo, ninguém acredita na própria morte; ou o que vem significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade”. (FREUD, 1915, p.230). É por meio da dor sentida pela perda de um ente querido que o sujeito tem notícias de sua morte, por sentir como se tivesse perdido “um pedaço de seu amado eu”. Sobre isso, Freud cita o poema “Der Asra” de Heinrich Heine (1851), afirmando que, quando perdemos um ente querido, reagimos como os ara, “que morrem, quando morrem aqueles que amam” (FREUD, 1915, p.232).

### 2.3 Angústia, dor e luto

Em seu texto “Inibição, sintoma e angústia”, de 1926, Freud se propõe a pensar acerca das reações referentes à experiência de perda, a saber: angústia, dor e luto. Define a angústia como reação ao perigo da perda de objeto. O luto é definido como a reação à perda do objeto. Pontua que, em relação ao luto, sua natureza dolorosa continua incompreendida. Quando é que a separação do objeto traz angústia, quando ocasiona luto e quando causa apenas dor?

Para responder a essa questão, Freud (1926) utiliza como exemplo um bebê, que separado de sua mãe, avista uma pessoa desconhecida ao invés de sua mãe. Diante desse fato, o bebê sente medo, que pode ser interpretado por referência ao perigo da perda de objeto. Freud também destaca a expressão facial do lactante e sua reação de choro, permitindo supor que ele sente dor também.

Freud analisa que o infante não é capaz de distinguir entre ausência temporária e perda duradoura. Ao perder a mãe de vista momentaneamente, reage como se não fosse vê-la nunca mais. São necessárias repetidas experiências contrárias a essas, consoladoras, até que o bebê assimile que a mãe sempre costuma reaparecer. Esse conhecimento ganha consistência com a familiar brincadeira de ocultar-lhe o rosto e em seguida novamente mostrá-lo para a alegria do neném. Freud conclui que o lactante pode “sentir anseio que não é acompanhado de desespero” (p.120).

Devido a essa não compreensão, a ausência da mãe e a falta que o bebê sente dela pode ser vivenciada por ele como traumática. Principalmente se nesse instante ele tem uma necessidade que a mãe deveria satisfazer. Transforma-se em situação de perigo

se tal necessidade não é atual. Portanto, conclui Freud, a primeira condição para a angústia, que o próprio Eu introduz, é a perda da percepção do objeto que é equiparada à perda do objeto.

Em relação à perda de amor, Freud (1926) pontua que essa questão não entraria em consideração nessa faixa etária. Quando a criança for mais velha, a experiência lhe ensinará que o objeto poderá continuar existindo, mas estar irado com ela, e então a perda do amor do objeto torna-se um novo e persistente perigo, além de uma nova condição de angústia. Freud difere a situação traumática da falta da mãe da situação traumática do nascimento. Neste, não havia objeto que pudesse fazer falta, a angústia era a única reação possível. A partir daí, repetidas situações de satisfação criaram o objeto (mãe), que, surgindo no lactante uma necessidade, o mesmo recebe um estímulo intenso que pode ser denominado anseio.

A esse novo fator, podemos relacionar a experiência da dor. A dor seria a reação propriamente dita à perda do objeto, e a angústia, ao perigo que essa perda traz a reboque; e, em um deslocamento posterior, ao perigo da perda do próprio objeto. Nesse texto, Freud (1926) compara a dor psíquica com a dor física. Chama-nos atenção como não sendo casual o uso do mesmo significante na língua. Freud situa a dor em termos econômicos, propondo que a dor física e a dor psíquica criam as mesmas condições econômicas, apontando a dificuldade do aparelho psíquico em lidar com o aumento do estímulo libidinal. Esse aumento gera desprazer, que é sentido como dor.

Freud já havia feito essa correlação alguns anos antes em seu “Projeto para uma psicologia científica” de 1895. Nele, argumenta que nosso sistema nervoso tem a propensão de fugir da dor, manifestando uma tendência primária contra um aumento de tensão. Dessa forma, conclui que “a dor consiste na irrupção de grandes Qs em psi.”. Como o aparelho psíquico é orientado para a redução das tensões, a irrupção dessas quantidades estaria na origem do par prazer/desprazer.

Já em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926) pontua que na dor física há um forte investimento no local dolorido do corpo, um investimento narcísico que age sobre o eu. Na dor psíquica, o forte investimento com anseio no objeto perdido (que faz falta) é sempre crescente, pois esse não pode ser alcançado. Esse mecanismo cria as mesmas condições econômicas que o investimento no local ferido do corpo.

Sobre o luto, Freud (1926) conclui que ele é uma reação emocional à perda de objeto, que surge por meio do exame de realidade, em que se constata que o objeto já não existe mais. Cabe ao luto o movimento de desprender-se do objeto em todos os

momentos em que o objeto era o alvo de um forte investimento. Essa separação do objeto é extremamente dolorosa, pois existe um “investimento com anseio no objeto, na reprodução das situações em que a ligação ao objeto deverá ser dissolvida”. (p.123)

## 2.4 Sobre perdas e demências

Acabamos de ver como a experiência de perdas é complexa para o psiquismo e que a tentativa de elaboração simbólica dessa perda significativa é sempre da ordem do singular. O discurso gerontológico e psiquiátrico ignoram a singularidade dos “idosos” e sua resposta à experiência de perdas, fazendo uma leitura superficial dos sinais e sintomas. Denominam essa reação às perdas como depressão, sendo essa considerada como o resultado de uma falta de serotonina, segundo um viés estritamente biológico. O psicanalista DarianLeader (2011) chama-nos a atenção pela forma como o diagnóstico de depressão é banalizado em nossa época, sendo uma barreira para uma investigação mais profunda sobre nossas respostas à perda:

“Quanto mais a ideia de depressão é usada sem questionamentos e as respostas à perda são reduzidas a problemas bioquímicos, menos espaço há para explorar as estruturas intrincadas do luto e da melancolia que tanto fascinaram Freud. Defendo que esses conceitos precisem ser restaurados e que a ideia de depressão seja usada meramente como um termo descritivo para se referir a características superficiais de comportamento”. (LEADER, 2011, p.15)

O psiquiatra Paulo Dalgalarrodo (2008), ao falar sobre o quadro demencial, o define como um empobrecimento e uma simplificação progressiva de todos os processos psíquicos, afetivos e cognitivos (p.376). Chama-nos a atenção para o diagnóstico diferencial da síndrome demencial, no qual Dalgalarrodo (2008) elege o transtorno depressivo como o primeiro dos fatores, seguido de um quadro de delirium e retardo mental. Sobre o quadro depressivo, o psiquiatra alega que ele produz um déficit cognitivo transitório e derivado da alteração de humor. Descreve como um quadro de pseudodemência depressiva a perda de memória de pacientes deprimidos, que seria secundária ao déficit de concentração, atenção e motivação. Conclui que a perda de memória será revertida após o tratamento para a depressão.

A psicanalista Délia Catullo Goldfarb (2014) aponta em sua pesquisa que “uma depressão severa ou não tratada pode conduzir a uma demência que, a partir de certo

ponto, também será irreversível ” (p.73). Argumenta que um diagnóstico de demência se torna uma condenação à exclusão para muitos “idosos”, podendo agravar um estado depressivo. Goldfarb (2014) pontua que atualmente os diagnósticos têm sido feitos por meio de exame de imagens, possibilitando uma diferenciação entre um quadro demencial por questões neurológicas e uma pseudodemência por causas psicológicas, como um quadro depressivo. A psicanalista critica a denominação como pseudo, pontuando a carga de preconceito no meio médico ante um quadro psicológico.

## **2.5 Uma longa e dolorosa despedida**

De acordo com a Lei Nº10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, é atribuída à família a obrigação pelos cuidados do idoso. Essa medida visa manter o idoso em seu ciclo afetivo familiar, social e cultural, buscando proporcionar ao velho à garantia de seus direitos em seu meio afetivo e social. Mas o que acontece quando os laços são precários? E quando o cuidar se transforma numa obrigação? E as complexidades que acompanham o próprio processo de envelhecer? Essas são apenas algumas interrogações que analisaremos ao longo do texto, buscando dizer algo sobre a complexidade do cuidado de uma pessoa idosa em processo de fragilização.

Sinalizamos acima os três modos de sofrimento apontados por Freud (1930): o corpo, o mundo externo e as relações com outros seres humanos. A velhice é o processo que abarca esses três lados do sofrimento destacados no “Mal-estar na civilização”. Analisaremos a terceira forma de sofrimento, as relações sociais, que é considerada por Freud (1930) como a maior fonte de sofrimento.

Em seu seminário sobre a Ética da psicanálise, Lacan (1959) distingue moral de ética. A moral pode ser entendida como um sistema de normas valorativas que propõe valores universais. Já a ética da psicanálise, coloca o desejo, sempre singular, no centro da questão. Dessa forma, a única universalidade é a diferença.

Nesse sentido, Lacan retoma Freud (1895) em “Projeto de uma psicologia científica”. Destaca o capítulo sobre a experiência de satisfação, onde Freud atribui ao desamparo primordial a fonte de todos os motivos morais. Para se obter satisfação, é necessário o outro. Sobre esse capítulo, o psicanalista Benilton Bezerra Jr (2013) diz que:

“A vivência de satisfação é uma das ideias mais fundamentais do Projeto e permanecerá como um dos pilares da psicanálise. Ela é fundamental para compreender como o aparelho psíquico é estruturado e como se dá a emergência do desejo. Desse modo, ela é o ponto de partida para o entendimento do que caracteriza a subjetividade humana, e que a distingue de outras formas de vida mental. É a partir delas que podemos compreender a origem dos afetos. É nela que reconhecemos o papel crucial da alteridade na constituição do sujeito. É dela que inferimos como o indivíduo é introduzido na ordem simbólica. Finalmente, dela extraímos a fonte originária da moralidade”. (BEZERRA JR, 2013, p.134)

Assim, percebemos a complexidade do psiquismo humano. A experiência de satisfação é marcada pelo desamparo primordial. O bebê humano em sua prematuraobiológica, é incapaz de obter satisfação sozinho e se manter vivo. Necessita de um próximo que atenda suas necessidades físicas e emocionais. O sujeito é estruturalmente marcado pela relação com o Outro. É nesse registro da alteridade que se institui a formação subjetiva. A esse respeito, a psicanalista Doris Rinaldi afirma que:

“No reconhecimento do próximo, seja como objeto, seja como força auxiliar, há algo que resiste como uma Coisa, que escapa ao juízo, e que aparece como estranho ou mesmo hostil. Este reconhecimento jamais é total, e isso decorre do fato de que o objeto da satisfação é perdido, e que todo encontro desse objeto na realidade é um reencontro de caráter precário. Daí a ambivalência que caracteriza a relação do sujeito com seu próximo, uma vez que nele estão articulados, ao mesmo tempo, a identidade e a separação. Na busca do objeto do desejo, o sujeito encontra esse outro “que pode servir”, mas que o remete sempre a esse Outro enigmático”. (RINALDI, 1996, p.48)

*Das Ding* (a Coisa) é aquilo que comanda o desejo do sujeito (causa do desejo) e é no próximo que está o fundamento da Coisa, em relação à qual o homem se mantém a distância. Ele se afasta e se aproxima daquilo que deseja. As relações amorosas são marcadas pela ambivalência, onde estão presentes amabilidade e hostilidade. Em relação à ambivalência, Lacan dedica um capítulo de seu seminário sobre o amor ao próximo, mandamento cristão que fundamenta os valores ocidentais. Lacan cita Freud ao dizer que amor é um bem, é algo muito precioso e, por isso mesmo, não iria dá-lo a qualquer um, só porque este se aproximou. Amar o próximo é um mandamento desumano e fundado em nome de um bem-estar. Freud aponta um mal presente em todos os homens, destaca que todos os homens buscam a felicidade e a resistência a esse mandamento de amar ao próximo e a resistência que se exerce para enterrar o acesso do sujeito ao gozo são uma única e mesma coisa.

O fundamento desse mandamento está na identificação imaginária, onde o outro é feito à nossa imagem e semelhança. Assimilamos o outro como nosso eu, sendo o próximo nada mais que um reflexo do eu. Rinaldi (1996) articula essa passagem ao

texto “O estádio do espelho” de Lacan (1949), onde ele afirma que é pela imagem do outro que o homem se forma enquanto eu. Para a criança pequena, a imagem do outro antecipa uma imagem unitária no corpo, percebida na realidade do semelhante ou no espelho.

O Eu se constitui como o resultado da transformação de investimentos objetivos em identificações. A identificação narcísica é essa operação em que ocorre uma identificação com o outro, em que o Eu se constitui em relação ao outro. Lacan (1948) localiza a agressividade nesse período de formação subjetiva, apontando-a como uma expressão de uma relação fundada no campo imaginário. Sobre a agressividade, Rinaldi (1996) esclarece que:

“A agressividade aparece, assim, como correlativa à estrutura narcísica, manifestando-se na relação entre o eu e o outro. O mandamento de amar ao próximo como a si mesmo, nesse sentido, ao fundamentar-se na identificação imaginária, traz em si essa agressividade. Apesar de Lacan atribuir à formação de um ideal do eu – culturalmente vinculado à imagem do pai – uma função pacificante, possibilitando que a agressividade seja transposta pela instauração de uma distância nas relações com o próximo, ele reafirma a constância da tensão agressiva que se manifesta em toda vida moral”. (RINALDI, 1996, pg.84)

Freud (1930) afirma que “o homem é o lobo do homem”, apontando a tendência agressiva inerente ao ser humano. Lacan cria o conceito de gozo, com o qual unifica a libido, a pulsão de morte e a agressividade, uma espécie de ponto de ligação dessas modalidades pulsionais. O conceito de gozo indica o para além do princípio de prazer, onde o homem confronta-se com a inexistência de *Das Ding*, o que o faz retornar, repetir. Por meio do gozo, o sujeito percebe-se castrado e finito, o que faz com que essa satisfação seja sempre parcial, mobilizando-o para a via repetitiva. É somente quando ultrapassa esse plano especular narcísico que o homem consegue se deparar com ele mesmo, com o furo e o vazio que o constitui como sujeito desejante.

Não é difícil compreender Freud quando diz que o amor é um bem precioso e por isso mesmo não devemos ofertá-lo a qualquer um. Mas, e para nossos familiares? O que dizer da situação complexa quando uma pessoa é acometida por uma doença ou uma situação debilitante, e passa a necessitar, novamente, ser auxiliada pelo outro. O que causa horror é sempre algo familiar, já dizia Freud em 1919 no texto “*Das Unheimliche*”. Na outra ponta dessa relação dual, o que pensar daquele que abdica de sua rotina para viver em função dos cuidados de um ente querido?

Na área da saúde, denomina-se “cuidador” o responsável pelos cuidados daquele que se encontra fragilizado/debilitado. Pode ser um profissional formado e

capacitado para prestar esse tipo de auxílio ou um familiar que responde pelos cuidados de seu ente querido. Restringiremo-nos ao familiar que cuida da pessoa debilitada, apenas no contexto gerontológico, mais precisamente quando as doenças geriátricas começam a entrar em cena. Pensamos o “cuida-dor” como uma referência à dor de cuidar, ou, para usar um outro termo comum na área da saúde, “sobrecarga do cuidador”.

O alto grau de dependência ou algumas alterações no comportamento, como a agressividade, presentes no processo demencial, costumam desgastar facilmente essa relação. O familiar que assume a tarefa de cuidar de um idoso nessa situação frequentemente se desgasta de maneira progressiva, até ficar extenuado.

No seu texto “O inquietante”, de 1919 afirma que “*Unheimlich* seria tudo o que deveria permanecer secreto, oculto, mas apareceu”. Em outras palavras, trata-se do retorno do recalcado. O retorno daquele desejo inconsciente incestuoso que vem à luz (MACJ, 2017) ou a confrontação com a própria morte e finitude, que remete também aos futuros não cumpridos, ao desamparo, à repetição.

Se a relação com o próximo se funda de maneira especular, então, ao nos depararmos com um idoso, principalmente fragilizado, deparamo-nos com o impossível de representar nossa própria morte. De acordo com Freud, para nosso inconsciente somos imortais. Não queremos saber de nossa finitude e, por isso, o velho é sempre o outro no qual não nos reconhecemos.

Nessa situação, o luto antecipatório é inevitável. Freud desenvolve esse conceito de luto antecipatório no texto “A transitoriedade”, de 1916, que abordamos acima. A pessoa que exerce os cuidados enluta-se por aquela que foi um dia um companheiro, pai/mãe, avô/avó e depara-se com outra realidade. Pode vir a experimentar como retorno do recalcado o sentimento de desamparo e insegurança estrutural. Em nossa escuta em um ambulatório especializado de geriatria, ouvimos uma filha responsável pelos cuidados da mãe demenciada que dizia: “Cuidar da minha mãe é um exercício de solidão”.

Além disso, o cuidado constante implica em renúncia. Renúncia implica em insatisfação e é nesse momento que muitos idosos sofrem violência. Um senhor que atendíamos, policial aposentado, relatava com frequência sua dificuldade em lidar com a esposa e a cunhada, ambas diagnosticadas com Alzheimer. Às vezes, “desejava trancá-las em casa”, pois não tinha com quem deixar, numa fala que mobilizava muito

a equipe multiprofissional. Outras vezes dizia que não aguentava mais a situação e que qualquer dia iria “colocar uma bala na minha cabeça”.

Aquele que cuida vê-se às voltas com o conflito amor/ódio, com o desejo ilusório de que o outro viva e tenha autonomia novamente, e até mesmo o desejo de que o outro morra. Esse último sempre vem acompanhado do sentimento de culpa, o que agrava ainda mais o sofrimento daqueles que cuidam de idosos fragilizados ou em processo demencial.

Gostaríamos de pontuar o papel da clínica de interrogar a teoria e permitir a atualização de conceitos fundamentais. O discurso médico/científico que vigora nas unidades de saúde muitas vezes possui um caráter moralizante e superegoico, impondo às famílias a responsabilidade pelo cuidado de seus velhos, além de culpabilizar o cuidador por sua falta de estrutura para lidar com uma situação tão complexa.

Acreditamos que a análise seja um dispositivo muito útil nessas situações, pois permite ao sujeito que sofre construir um saber sobre o próprio sofrimento. A velhice traz à tona a representação dos pais e, portanto, as reminiscências do Édipo. O sujeito em análise poderá falar sobre a ambivalência de seus sentimentos, trabalhar a partir da perda e relançar seu desejo sobre o futuro. Podemos pensar na clínica como o lugar privilegiado onde o trabalho de luto possa de fato ocorrer, em oposição ao sentimento de luto, que pode se perenizar no tempo; seja na forma de um luto antecipatório ou numa perda de anos, mas que se apresenta atual para aquele sujeito que sofre.

### **3 DEMÊNCIAS E QUEIXA DE MEMÓRIA**

Vimos anteriormente que a depressão é um dos principais motivos de encaminhamento de idosos para o atendimento psicológico e seu desencadeamento ocorre, muitas vezes, pela falta de elaboração de uma experiência de perda.

Nesse capítulo, discutiremos outro fator que leva muitos idosos à indicação de análise: a queixa de memória. Analisaremos o que o discurso científico diz sobre o processo demencial e o que o pensamento psicanalítico diz sobre a memória e sua subjetividade.

#### **3.1 Velhice e Demências**

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a proporção da população na faixa etária de 60 anos ou mais é de um para cada duas pessoas menores de 15 anos. A longevidade consiste numa conquista da sociedade, mas, ao mesmo tempo, traz o aumento significativo da incidência de doenças crônicas e incapacitantes, como é o caso das demências.

Estima-se que existam cerca de 46,8 milhões de pessoas no mundo com o diagnóstico de demência. Além disso, a expectativa é que esse número dobre e chegue a 74,7 milhões em 2030, segundo o relatório da Associação Internacional de Alzheimer (ADI). Dentre os quadros demenciais, priorizaremos o Alzheimer, por ser o tipo mais frequente de demência no mundo e, principalmente, o diagnóstico de alguns pacientes analisados.

#### **3.2 Demências ou Transtornos Neurocognitivos?**

Segundo a atual versão do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais -DSM (2014), os quadros demenciais são colocados, juntamente com o Delirium, transtornos Amnésico e outros transtornos cognitivos dentro de uma nova nomenclatura, a saber os Transtornos Neurocognitivos (TNCs)". A categoria TNC

abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento”. Ou seja, trata-se de uma categoria onde o declínio cognitivo é priorizado.

Apesar de ter sido incorporada a essa nova entidade nosográfica, transtorno neurocognitivo maior, o termo demência continua usual para quadros degenerativos que afetam adultos com mais idade. Já por transtornos neurocognitivos, além dos quadros demenciais em idosos, são incluídas situações que afetam pessoas mais jovens como lesão cerebral traumática ou infecção por HIV, por exemplo.

A doença de Alzheimer costuma ser marcada pelo aparecimento insidioso e progressão gradativa. Pode ser acompanhada por comorbidades como ansiedade e apatia, caracterizada pela perda de motivação para a realização de atividades. Em relação aos critérios diagnósticos, são características dessa patologia os declínios cognitivo, de memória e de aprendizagem, além de alterações comportamentais e, em alguns casos, deficiência na função executiva. É importante destacar que o diagnóstico de Alzheimer é sempre hipotético, devendo-se usar a etiologia “provável ou possível doença de Alzheimer”, a ser confirmada via necropsia ou teste genético em membro da família afetado.

Ainda de acordo com o DSM5 (2014), 80% dos indivíduos diagnosticados com a doença de Alzheimer apresentam manifestações patológicas psicológicas e comportamentais. Esses sintomas promovem mais sofrimento do que as manifestações cognitivas, sendo muitas vezes o motivo que os levam a buscar ajuda. No início do quadro, é comum encontrarmos sinais e sintomas de depressão e apatia. No estágio avançado da doença, podem ser vistos manifestações como: agressividade, irritabilidade, agitação e “características psicóticas”. Além de disfagia, incontinências (urinária e fecal), mioclonia e em alguns casos, convulsões.

Em relação ao desenvolvimento e curso da doença, estima-se que ela progride gradualmente, indo da demência grave à morte. A expectativa de sobrevida, após o diagnóstico, gira em torno de dez anos, “refletindo mais a idade avançada da maioria dos indivíduos do que o curso da doença”. Existem casos de pessoas que sobrevivem por até 20 anos com a doença, apresentando o curso completo dessa patologia. Porém, no agravamento da doença, muitos terminam seus dias mudos e confinados ao leito. O diagnóstico diferencial é feito pela exclusão de outros transtornos cognitivos, presença de doença neurológica ou transtorno depressivo maior.

### 3.3 A construção do Alzheimer

Ainda sobre a doença de Alzheimer, nos apoiaremos agora no artigo “A psicopatologia de Alzheimer” (2007) onde a socióloga e antropóloga médica Annette Leibing analisa a construção desse conceito/doença e seu desdobramento na atualidade. Para Leibing (2007), a doença de Alzheimer é uma demência progressiva, caracterizada por um declínio lento de memória, cognição, linguagem, aprendizagem e personalidade. A autora diz que no início dos anos 1980, com o surgimento do conceito de pós-moderno em detrimento do moderno, a psiquiatria redefiniu e popularizou algumas definições que refletiam os grandes sinais dessa nova era, ou seja, “a falta de memória pela proclamação de um fim da história”.

Leibing (2007) utiliza os conceitos psiquiátricos de Transtorno de Personalidade Múltipla e Transtorno de Estresse Pós-Traumático onde a memória traumática está ligada à lembrança ou esquecimento por estados dissociativos (como vítimas de abuso sexual ou lembranças da guerra). A doença de Alzheimer seria outra maneira de lidar com a memória e o esquecimento, mas, ao contrário das duas anteriores, ela teria um fator etiológico orgânico.

A perda de memória, presente nas três categorias, é progressiva e irrecuperável no caso do Alzheimer, enquanto nas demais as lembranças fragmentadas podem ser recuperadas por meio de escuta analítica. Leibing pontua ainda que as patologias da memória, se analisadas como fenômenos sociais, evidenciam a “linha dinâmica e frágil entre cultura e biologia” (p. 120).

Em relação ao envelhecimento, a antropóloga critica o conceito gerontológico de “terceira idade”, que sob a influência de um viés jovem, é muitas vezes utilizado como negação do envelhecimento, até chegar ao ponto em que a velhice não pode mais ser negada. Outra forma radical de lidar com a velhice é o que a pesquisadora chama de “biomedicalização da velhice”, reduzindo essa fase da vida à decrepitude e adoecimentos, tendo de ser medicadas e combatidas a qualquer custo.

A antropóloga pontua que as patologias são compreendidas e vividas dentro de um determinado conceito histórico, e que a doença de Alzheimer foi separada da demência senil, apesar de na atualidade ambas serem unidas novamente, relativizando a

demência pela fase da vida, uma vez que uma pessoa jovem pode abrir um quadro demencial.

O psiquiatra e geriatra Leonardo Caixeta (2012) define a Doença de Alzheimer por um declínio cognitivo em múltiplos domínios, como prejuízo de memória e de comunicação, além de sintomas psiquiátricos como agitação/agressividade, apatia e depressão. Para ele, a maioria dos “idosos” diagnosticados com Doença de Alzheimer hoje, não seriam diagnosticados assim pelo próprio Alzheimer em sua época.

Leibing (2007) afirma que o que o Dr. Alois Alzheimer<sup>9</sup> descobriu em 1906 não era a doença de Alzheimer de hoje, mas sinais e sintomas já descritos há muito tempo. O que nos chama a atenção é que a paciente apresentada por ele tinha 51 anos de idade. Manifestação na forma pré-senil da doença e, período etário das contra-indicações freudianas como vimos no primeiro capítulo dessa pesquisa. Outra consideração importante apontada por Leibing (2007) é a seguinte:

“Na fase pré-Alzheimer, a demência era considerada uma psicose, tendo adquirido a conotação de ser uma doença incurável apenas no fim do século XIX, devido a ligação mais forte com a velhice e às teorias da degenerescência” (Leibing, p. 120)

Em relação aos paradigmas da doença de Alzheimer, a autora pontua três fases históricas da doença. A primeira, denominada de paradigma organicista; a segunda, chamada de paradigma holístico, predominante entre os anos 1920 – 1960, e, por último, dos anos 1970 até a atualidade, encontramos o *paradigma cognitivo*, que reduz a demência a funções cognitivas.

Ainda em relação à construção da doença de Alzheimer, a autora pontua que Alzheimer acreditava que os emaranhados fibrilares eram os responsáveis pela forma pré-senil das demências, mas, em suas pesquisas, o encontrou em cérebros de idosos, e em pessoas sem demência. Alzheimer então chegou à conclusão de que não eram a causa da demência senil, apenas um fenômeno concomitante do declínio do sistema nervoso central. Leibing (2007) considera que essa constatação de Alzheimer “contribuiu para que as pesquisas em relação à demência tipo Alzheimer entrassem em uma longa fase de latência, especialmente após a morte prematura de Alzheimer” (p. 123).

---

<sup>9</sup>Alois Alzheimer, médico psiquiatra alemão conhecido por ter sido o primeiro pesquisador a reconhecer, em um caso de demência pré-senil, uma variação de doença neurodegenerativa, que levaria o seu nome alguns anos mais tarde.

Leibing (2007), atribui a Emil Kraepelin<sup>10</sup>, a criação do termo “doença de Alzheimer”, em 1910, na edição de sua obra *Lehrbuch*. Kraepelin pontuava a dificuldade de se separar o envelhecimento normal e os primeiros sinais da demência senil. Optou, então, em prestigiar seu amigo, nomeando a forma pré-senil em sua homenagem. Leibing (2007) acredita que Alzheimer não pretendia criar uma nova entidade nosológica, apenas pontuar uma forma atípica de demência senil. Além disso, Alzheimer “sempre enfatizou que a patologia do cérebro era um processo secundário a outros fatores desconhecidos”. (p. 123)

Caixeta (2012) aponta para questões políticas e estratégicas que favoreceram Kraepelin a nomear uma forma pré-senil de doença em particular, descoberta por seu discípulo em “doença de Alzheimer”. Kraepelin rivaliza com Pick em Praga, que desenvolvia pesquisas semelhantes à sua, além disso, objetivava demarcar de forma pioneira o domínio de seu grupo de pesquisa no campo das doenças psiquiátricas.

Leibing (2007) argumenta que antigamente a etiologia da demência estava atrelada à vida da pessoa investigada, apesar de a forma “precoce e estranha” da demência resultasse de patologias no cérebro ligadas a fatores genéticos. Hoje em dia, essa diferenciação quase nunca é feita, pois prefere-se incorporar a forma senil no termo “doença de Alzheimer”, assim como se negligencia qualquer fator sociopsicológico. Em nossa época, as pesquisas se concentram na patologia do cérebro, como argumenta Eisenberg citado por Leibing (2007):

“Desde meados dos anos 1970, a psiquiatria social dos anos 1950 ‘sem cérebro’ (brainless) muitas vezes tem sido substituída por uma psiquiatria biológica ‘sem mente’ (mindless). (LEIBING, 2007 – p.124)

Culturalmente, sempre existiram preconceitos em relação à velhice e isso se refletiu no pouco interesse por se estudar essa faixa etária. Foi somente entre 1973 e 1975, conforme aponta Leibing (2007), que a “doença de Alzheimer” se transformou na ‘doença do século’ ou ‘na maior ameaça para a saúde pública’. Destaca-se uma mudança importante: nesse período, a doença de Alzheimer foi igualada a demência senil, estando presente em livros de psiquiatras importantes como Freedman, Kaplan e Sadock.

Leibing (2007) analisa tal período histórico e afirma que esse fato não era um acontecimento isolado. Concomitantemente, surgiam novos remédios para o tratamento de ansiedade, depressão, mania e psicose, mas, para testá-los eram necessários

---

<sup>10</sup> Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, conhecido como o criador da psiquiatria moderna.

determinados critérios diagnósticos. Esse processo foi apoiado (patrocinado) pela indústria farmacêutica, promovendo uma migração para o campo neurobiológico do que antes situava-se no campo da doença mental: “No caso da doença de Alzheimer, os números ‘apocalípticos’ ajudaram a argumentar em favor da ‘nova’ psicopatologia”. (p.125)

Paralelamente à questão econômica, existe a política. Leibing (2007) argumenta que em média nos países desenvolvidos, os financiamentos para a pesquisa sobre o envelhecimento eram muito escassos. Sendo assim, alguns pesquisadores adotaram uma ‘política do medo’, pois, segundo eles, os governos não financiam pesquisas de atenção básica, mas de uma determinada doença. Também por isso prevaleceu a fusão das formas de demência senil e pré-senil numa só categoria, a doença de Alzheimer. Dessa forma, cresceu de maneira assustadora o número de diagnósticos em idosos e adultos e o termo “doença de Alzheimer” passou a ser sinônimo de demência.

Ainda sobre essa questão, Caixeta (2012) explica que por volta de 1968 a Doença de Alzheimer era considerada uma forma de doença pré-senil rara, diferentemente da demência senil, diagnóstico comum na época. Pontua que com a publicação em 1968 da pesquisa de Blessed, Tomlinson e Roth, correlacionou-se a gravidade da demência com a idade avançada e os achados neuropatológicos da doença de Alzheimer. Gradualmente, foi-se aglutinando os conceitos de demência senil e doença de Alzheimer em um único conceito denominado, em 1976, “demência senil do tipo Alzheimer”. Caixeta (2012) conclui apontando para a proporção pandêmica que a “doença de Alzheimer” ganhou em nossa atualidade:

“A DA migrou, portanto, de um extremo ao outro quando saiu de uma condição em que era considerada doença rara (até quase a década de 1970), para transformar-se em uma epidemia nos dias atuais, atraindo para si quase todos os diagnósticos que se encaixavam em um quadro degenerativo primário a partir de então”. (CAIXETA, 2012, p.26)

### 3.4 Memória e Psicanálise

Vimos até aqui que os quadros demenciais sofreram algumas transformações ao longo da história. Séculos antes eram considerados formas de psicose, em função dos sinais e sintomas. Na atualidade, de acordo com o DSM5, foram transformados, em Transtornos Neurocognitivos, reafirmando a questão neurofisiológica em detrimento de questões subjetivas de adoecimento ligados à velhice.

Diante desse paradigma cognitivo-fisiológico, nos propomos a ir na contramão dessa corrente de pensamento e analisar a elaboração freudiana de memória e sua importância para a constituição do aparelho psíquico. Percorreremos a obra de Freud desde o período pré-psicanalítico até o período conhecido como segunda tópica, analisando os desdobramentos da memória para o pensamento psicanalítico.

Freud, neurologista, se propõe a pensar de maneira crítica o saber médico vigente da época, propondo mecanismos psíquicos que, embora não comprovados empiricamente, servirão de base para a criação e o desenvolvimento da psicanálise e da metapsicologia freudiana.

### 3.4.1 Sobre a concepção das afasias

Sigmund Freud em sua monografia “Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico” de 1891 faz duras críticas ao pensamento neurológico vigente baseado numa teoria anátomo-localizacionista e propõe uma leitura do psiquismo por um aparelho de linguagem e de memória. Trata-se de um escrito neurológico designado como pré-psicanalítico, considerado como uma ponte entre a neurologia e a psicanálise. Para o psicanalista Benilton Bezerra Jr. (2013) esse texto é de extrema importância por representar o ponto mais alto do desenvolvimento intelectual do Freud neurologista e “o primeiro passo decisivo na direção do Freud psicanalista de A Interpretação dos Sonhos” (p.97)

Neste ensaio, Freud toca em pontos de reflexão que serão aprofundados mais tarde em sua investigação psicanalítica como noções de representação-palavra e aparelho de linguagem que posteriormente será pensado como aparelho psíquico. De acordo com o psicanalista Marco Antônio Coutinho Jorge (2014), esse texto sobre as afasias revela que Freud não estaria interessado na anatomia do cérebro ou no quadro afásico em si, mas na compreensão do mecanismo da paralisia histérica.

“À assímbolia do afásico corresponde a formação sintomática histérica; à parafasia correspondem os lapsos, os atos falhos e os chistes; a agnosia (termo, aliás, cunhado por Freud nesta obra e doravante universalmente utilizado em medicina) correspondem a alucinação, o delírio e a fantasia” (JORGE, M.A.C, 2014, p.9)

Freud (1891) inicia sua monografia sobre as afasias propondo analisar as teorias de sua época sobre essa patologia neurológica, onde as funções do sistema nervoso ficavam reduzidas a regiões anatomicamente limitadas. Freud propõe um novo olhar, uma amplitude diante da complexidade da linguagem, que abarcaria toda a região do cérebro e não apenas uma área específica.

Para comprovar sua hipótese de que os fenômenos de linguagem são muito mais abrangentes e complexos do que se sabiam, Freud passa a analisar a parafasia – uma forma de afasia onde palavras adequadas são substituídas por inadequadas ou que tenham sido ligadas entre si por associação frequente ou ainda, quando confundem palavras que tenham o som semelhante ou pela substituição de letras por outras; ou seja, Freud analisa nesses casos que a palavra falada, ainda que não a desejada, mantém relação com aquela que foi suprimida.

Em sua leitura sobre esse texto freudiano, a psicanalista Rafaela Ferreira de Souza Gomes (2016) pontua que a análise freudiana sobre a parafraseia se assemelha aos lapsos de linguagem nos atos falhos. Estes, por sua vez, não constituem um quadro patológico, sendo demarcados na situação analítica. Freud (1891) pontua que na parafasia observada em doentes não difere em nada da troca ou da alteração de palavras que uma pessoa dita saudável possa cometer seja por desatenção, cansaço ou algum abalo emocional. Nessa análise sobre a parafasia, Sigmund Freud desconstrói uma demarcação rigorosa entre o normal e o patológico. Pontuando a complexidade do aparelho de linguagem, propõe uma análise pela causa e não apenas pela localização neuroanatômica.

“Agora nós sabemos que as partes do cérebro cujo adoecimento se revela por meio de sintomas sempre nos indicam apenas sintomas locais, e fica ao nosso cargo adivinhar o diagnóstico a partir das circunstâncias secundárias do caso ou a partir do desenvolvimento da afecção. O aparelho de linguagem, no entanto, dispõe de tamanha riqueza de formas de expressão sintomáticas que dele poderíamos esperar que nos revelasse não apenas a localização, mas também a natureza da lesão por meio do tipo do distúrbio funcional.”  
(FREUD, 1891/2014, p.43-44)

Nesse artigo, Freud critica o paradigma neuroanatômico de localização cerebral vigente em sua época e propõe uma concepção dinâmica do funcionamento do sistema nervoso, elaborando um aparelho de linguagem, que vem a ser o primeiro esboço do aparelho psíquico freudiano. Esse aparelho anímico, é responsável por articular percepções sensitivas (visuais, táteis, acústicas, olfativas e gustativas) e representações da palavra.

“Nesse aparelho, as ‘representações de palavras’ adquirem seu significado pela relação que a imagem acústica do ‘complexo representação-palavra’ mantém com a imagem visual do ‘complexo formado pelas associações de objeto.’ A percepção não oferece objetos, mas imagens elementares que vão constituir as associações de objeto que, por si só, não formam uma unidade, um objeto. É apenas na relação com a representação palavra que esse ‘um’, o objeto enquanto unidade vai surgir. A relação entre as ‘associações de objeto’ e a ‘coisa’ é uma relação sígnica; a relação entre as ‘associações de objeto’ e a ‘representação palavra’ é uma relação simbólica.”(Bogochvol&Teixeira, 2017, págs. 213-214)

O aparelho psíquico associa tanto os elementos em si como os elementos entre si, se mostrando uma grande teia interligada a diferentes pontos. Pontos móveis, sujeitos a entrecruzamentos variados. Trata-se de um aparelho psíquico de linguagem e de memória, está presente desde a inscrição, “é uma memória de uma linguagem, de uma escritura”. (Bogochvol&Teixeira, 2017)

### 3.4.2 Projeto para uma Psicologia Científica (1895)

O Projeto de uma Psicologia Científica (1895) começou a ser rascunhado por Freud após uma visita a seu amigo Wilhelm Fliess. Ele só foi publicado postumamente graças aos esforços de Marie Bonaparte. Freud, quando soube que estava com ela, tentou reaver de todas as formas, mas, a princesa recusou-se a entregá-la a Freud.

A importância desse texto está na busca pela aproximação da biologia à psicologia, na tentativa de elaborar uma teoria naturalista sobre a vida psíquica, ou seja, propunha uma psicologia como uma ciência natural (*Naturwissenschaft*). Além disso, o escrito é o embrião de várias ideias que irão ser desenvolvidas ao longo da teoria psicanalítica.

Nessa pesquisa, nos deteremos apenas na questão da memória tentando extrair desse texto, as contribuições freudianas para o desenvolvimento desse conceito e da elaboração de um aparelho psíquico como um aparelho de memória.

Freud (1895) propõe um aparelho psíquico capaz de transformar e transmitir sua energia interna denominada de Quantidade (QN). O Neurônio (N) é concebido como suporte material e elemento constituinte do aparelho anímico. Os neurônios possuem a mesma natureza, porém, diferenciam-se quanto as propriedades dos sistemas. São eles, percepção, memória e consciência. Cada um desses neurônios é independente

anatomicamente, embora articulado aos demais por semelhanças, formando uma rede emaranhada de conexões.

O sistema associado à percepção é constituído por neurônios permeáveis, condutores, mas não retentores de QN. Já o sistema associado à memória é constituído por neurônios impermeáveis, retentores de QN. Essa permeabilidade ou impermeabilidade decorre das resistências das barreiras de contato (*Kontaktschranke*) diante da passagem da excitação Qn. No primeiro caso não há resistência à passagem de Qn enquanto no segundo caso, ocorrem resistências e alteração permanente.

Garcia-Roza (2004) explica que os neurônios não podem servir concomitantemente à percepção e à memória, pois para que ocorra o processo perceptivo é necessário que encontre uma estrutura que permaneça imutável a cada nova percepção. Os processos de percepção envolvem, por sua própria natureza, a consciência (sistema w), face subjetiva do processo físico do sistema nervoso.

O sistema PSI é definido como um aparato de memória constituído pelas facilitações (trilhas/trilhamentos) existentes entre os neurônios. Ocorre uma trama de caminhos facilitadores em uma direção e dificultadores em outra direção. A memória passa a ser caracterizada pela diminuição das resistências oferecidas por determinadas barreiras de contato, facilitando numa determinada direção e não em outra. Esse processo viabiliza uma repetição desses percursos facilitados.

Dessa forma, a memória é formada pelas diferenças entre as facilitações do sistema PSI. Se as facilitações fossem todas homogêneas, não ocorreria a predileção por uma determinada via. É exatamente a diferença entre as facilitações e resistências que determinarão a direção do fluxo e constituirão, com isso, a memória. A memória PSI é constituída por trilhamentos e diferenças. Assim, a memória não é algo estático, mas de tempos em tempos ela é submetida a diferentes tipos de rearranjos e remanejamentos.

Freud (1895) destaca que a memória do sistema PSI (inconsciente) é uma memória dos traços, pois, é por meio dos traços mnêmicos que os acontecimentos psíquicos são inscritos permanentemente e são reativados por meio de investimentos. O traço é a marca de uma impressão, primeiro momento de uma elaboração mnêmica que ocorre após a sensação e antes da inscrição no psiquismo. O traço é a maneira pela qual a impressão se manifesta e se constitui, pela suspensão da barreira de contato, para que a energia excitatória escoie livremente, conforme as intensidades da impressão e da repetição.

É importante destacar que as primeiras experiências deixarão marcas permanentes no psiquismo, deixando tendências e certas vias preferenciais. O que estaria em jogo a partir das primeiras experiências infantis, não é apenas a constituição de uma memória, mas, de uma tendência ou desejo primário, que posteriormente, Freud o conceituará como pulsão.

“Assim, como resultado da experiência de satisfação, há uma facilitação entre duas imagens mnêmicas e os neurônios nucleares que ficam catexizados em estado de urgência. Junto com a descarga de satisfação, não resta dúvida de que Qn se evai também das imagens mnêmicas. Ora, com o reaparecimento do estado de urgência ou de desejo, a catexia também passa para as duas lembranças, reativando-as. É provável que a imagem mnêmica do objeto será a primeira a ser afetada pela ativação do desejo”. (FREUD, 1895, p.371)

A fonte endógena de excitação age de forma contínua, e está conectada diretamente com o núcleo do sistema PSI. Dessa forma, podemos dizer que “a exposição contínua à QN é a mola pulsional do mecanismo psíquico”. Por atuar de forma contínua e permanente, a fonte endógena necessita que os neurônios permitam certa circulação de QN rumo à descarga motora; recuperando, em seguida, sua impermeabilidade. A cada passagem, cria-se uma facilitação onde o mesmo percurso passa a ser percorrido.

A descarga motora visa o alívio de tensão no sistema PSI, mas, só ocorre com a eliminação do estímulo na fonte de QN. Apenas a descarga motora não é capaz de reduzir a tensão e o sentimento de desprazer. É necessário uma ação específica para acabar com o estado de excitação na fonte. Porém, ela não é realizada pelo humano nos primeiros anos de vida, sendo necessário, outra pessoa, mais experiente, a mãe, por exemplo, que oferece o alimento para saciar a fome do bebê, abolindo, assim, sua tensão. A supressão dessa tensão endógena dá lugar a experiência mítica de satisfação.

“Quando o estado de necessidade se repetir, surgirá um impulso psíquico que procurará revestir a imagem mnêmica do objeto com a finalidade de reproduzir a satisfação original. A vivência de satisfação gera uma facilitação entre duas imagens-lembrança. Com o reaparecimento do impulso ou do desejo, o investimento passa para as duas imagens-lembrança, reativando-as. São semelhantes a percepção original, mas, alucinadas. A alucinação do objeto não é capaz de reduzir o estado de tensão, já que na ausência do objeto real, não pode haver satisfação”. (Bogochol& Teixeira, 2017, pag. 217)

Esse processo produz um desamparo/desampontamento constitutivo, pois a procura do objeto é sempre a procura por um objeto perdido e o seu encontro, alucinado, é o momento de mais uma perda, pois o objeto alucinado não substitui o originário.

Vale destacar que a ideia de impressão está articulada ao conceito de trauma, como foi exposto por Freud no Caso Emma. O Trauma é caracterizado por vivências/impressões na infância que podem ao longo dos anos, adquirir um valor traumático, sendo vivenciados como recordações.

Emma é uma mulher adulta que chega ao consultório de Freud queixando-se de sua “compulsão de não poder entrar em lojas sozinha”. Ao ser convidada a falar sobre isso, lembrou-se que, quando tinha 12 anos (início da puberdade), entrou numa loja para comprar algo e viu os vendedores rindo juntos, sua reação foi sair correndo, tomada de uma espécie de “afeto de susto”. Sobre esse fato, Emma alegou que os vendedores riam de suas roupas, e que ela havia se afeiçoado por um deles. Freud nomeia essa cena de cena I. Nela, pelos fatos descritos, não há nenhum motivo para Emma não entrar sozinha em uma loja. Em relação a suas roupas, na ocasião da queixa, vestia-se como uma mulher adulta normal de sua época. Também o fato de sentir atraída por um dos vendedores independe de estar só ou acompanhada. Freud considera tais alegações como falsos enlaces.

Em decorrência de estar falando em análise, lembra-se de outro fato, acontecido anteriormente a cena I, e que não foi lembrado enquanto estava na loja. Vemos que por meio de suas associações, ocorreu a suspensão do recalque, com a emergência de uma lembrança. Foi somente falando sobre a cena I que pode se lembrar do que chamamos de cena II. Esta ocorrida por volta dos seus 8 anos de idade. Emma, ainda uma criança, esteve por duas vezes numa confeitaria. Na primeira vez, o dono da loja apalpou-lhe as partes genitais por cima da sua roupa. Apesar disso, voltou novamente à confeitaria mostrando que esse fato não a havia desestabilizado. Agora, em sua análise, recrimina-se por ter voltado uma segunda vez como se quisesse ter provocado a investida. Associa seu atual estado de consciência pesada e opressiva ao fato de ter retornado a loja.

Vemos então que a cena I que confere a cena II valor de trauma. Emma, em meio a suas associações, articula a primeira cena (vendedores) e a segunda (confeiteiro) por meio de dois pontos: o “riso” (dos vendedores na cena I e do confeiteiro durante o assédio na cena II) e as “roupas” (motivo de riso na primeira cena e de ter sido apalpada por cima das roupas na segunda)

Diante disso, podemos observar que o trauma em si não ocorreu na cena da confeitaria, mas sim por meio de sua lembrança, só depois. Lembrança essa que lhe provocou excitação sexual e liberação de angústia. Garcia-Roza (2004) esclarece que “foi essa lembrança, ou melhor, a angústia decorrente da representação-lembrança

(inconsciente durante a cena da loja) que fez com que ela se sentisse ameaçada pelos vendedores e saísse correndo da loja”.

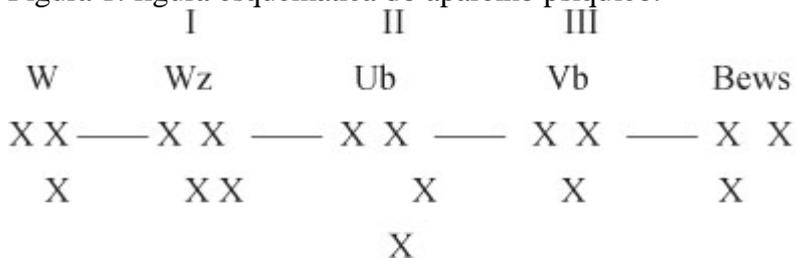
O símbolo mnêmico irá articular a impressão/vivência infantil e o acontecimento que, a posteriori, a reatualiza. A impressão é conservada como traço ou representação inconsciente, e, por si mesma, não constitui lembrança e tem que ser reconstruída. Ela em si é exterior a linguagem, ao sentido e ao significante, sendo da ordem do signo, da marca, supõe uma inscrição.

### 3.4.3 Carta 52 à Wilhelm Fliess (1896)

A carta 52, escrita a Fliess em 1896 é considerada por muitos especialistas como uma ponte entre O Projeto (1895) e A Interpretação dos sonhos (1900), primeiro escrito psicanalítico. Nessa carta, Freud afirma que o aparelho psíquico seria um aparelho de memória, e que essa memória está sujeita a reordenamentos segundo novas articulações, e que esses reordenamentos constituem uma sucessão de inscrições. (FREUD, p.281)

“Assim, o que há de essencialmente novo em minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies e indicações”. (FREUD, 1896, p. 281)

Figura 1: figura esquemática do aparelho psíquico.



Fonte: Freud, 1996, p. 282.

No esquema do aparelho psíquico apresentado acima, a Percepção (P) corresponde à impressão do mundo externo. Nela, nenhum traço será retido, pois trata-se de uma transparência que se ligará à consciência. As percepções apenas captam os dados brutos e não correspondem a nenhuma experiência, elas darão lugar a uma primeira inscrição, chamada de Signos de Percepção (SP), que se torna o primeiro registro mnêmico, organizado de acordo com associação por simultaneidade e

completamente inacessível à consciência. Esses signos de percepção (SP) serão inscritos e transcritos no aparelho psíquico.

O segundo registro é o da Inconsciência (IC), *Unbewusstsein*, também inacessível à consciência, mas organizado de acordo com a associação por causalidade. O Terceiro registro é a pré-consciência (PC), *Vorbewusstsein*, que se liga à representação palavra e corresponde ao eu. Os investimentos provenientes da pré-consciência (PC) tornam-se conscientes de acordo com determinadas normas. Esses registros são sucessivos e a passagem de um para o outro ocorre por meio de traduções, reordenamentos e retranscrições do material psíquico.

A grande dificuldade de Freud ao elaborar teoricamente o aparelho psíquico foi conciliar, no mesmo aparelho, memória (impermeabilidade) e percepção (permeabilidade). Não existe memória sem percepção. A memória é caracterizada pela persistência dos traços; nela ocorre uma modificação permanente no neurônio. Já a percepção, diz respeito a uma “superfície permanentemente transparente, receptiva a novos estímulos sem perder sua permeabilidade”. (Garcia-Roza, 2004, pag.199)

A memória é a essência do aparelho psíquico e não uma propriedade do mesmo. A percepção, referida ao sistema Phi ou Ômega, situa-se às margens do aparelho psíquico, sendo exteriores à economia do aparelho. O aparelho psíquico propriamente dito é identificado ao sistema PSI e se situa entre a percepção e a consciência (entre o sistema phi e ômega). O sistema psi é o responsável tanto pela memória quanto pelos acontecimentos psíquicos.

Garcia-Roza (2004) destaca que, Freud naquele momento, desenvolve a noção de inscrição (*Niederschrift*) que juntamente com as noções de signo (*zeichen*) e transcrição (*umschrift*) se aproximam muito mais da escrita e da linguagem do que dos neurônios e da neurologia como elaborados no projeto para uma psicologia científica.

#### 3.4.4 A Interpretação dos Sonhos (1900)

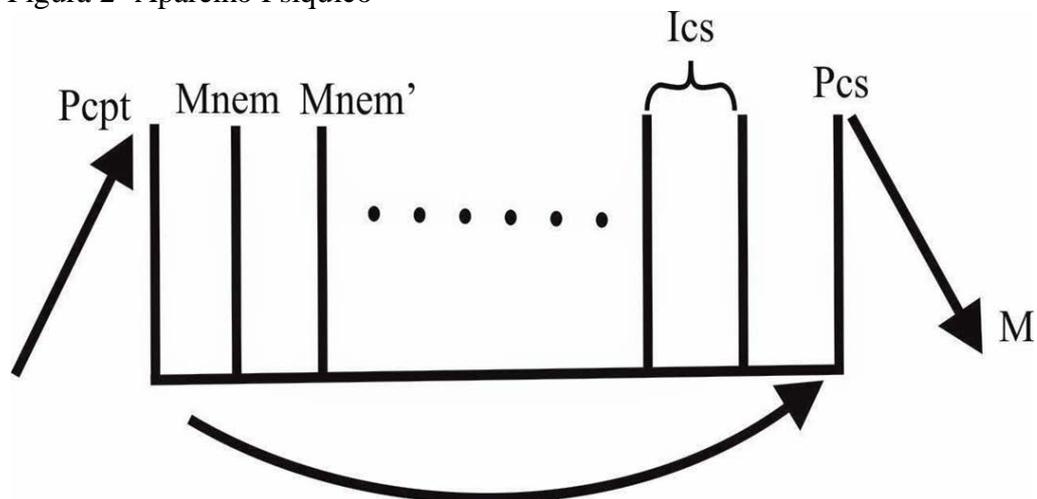
Freud (1900), em sua obra “A Interpretação dos sonhos” (*Traumdeutung*), considerada como o primeiro texto psicanalítico, desenvolve um aparelho psíquico que servirá de referência por mais de 20 anos, constituindo a primeira tópica freudiana. Ele se baseia nas elaborações anteriores do Projeto de 1895 e da Carta 52 de 1896 para

desenvolver seu aparelho. Noções como Inconsciente, pré-consciente e consciente constituem a primeira tópica. Essa estrutura será modificada apenas em 1923, na obra *O ego e o Id*.

Garcia-Roza (2009) sublinha que no lugar da energia postulada no Projeto e dos neurônios que funcionam como suporte material, Freud, desenvolve nesse projeto os conceitos de desejo e ideias investidas. No estudo dos sonhos, não existe nenhuma referência anatômica, ele fala em lugares metafóricos ao invés de localizações anatômicas no aparelho psíquico, desenvolvido no capítulo VII. Em suma, trata-se de vários modos e graus de distribuição do desejo.

Além do aforisma freudiano do sonho como realização de um desejo, a *Interpretação dos sonhos (Traumdeutung)* concebe o aparelho psíquico formado por instancias ou sistemas Inconsciente, pré-consciente e consciente. Essa tópica direciona o aparelho para o funcionamento num sentido progressivo-regressivo e é marcada pelo conflito entre os sistemas, o que torna a concepção tópica inseparável da concepção dinâmica. (Garcia-Roza, 2009)

Figura 2- Aparelho Psíquico



Fonte: Freud, 2001, página 462.

O aparelho psíquico é constituído por sistemas, e suas posições relativas mantêm-se constantes, possibilitando um fluxo de energia em determinado sentido. Um ajuntamento de sistemas possui uma direção ou sentido, ou seja, nossa atividade psíquica inicia-se a partir de estímulos internos e externos e é finalizada numa descarga motora. O sistema Percepção (PCPT), localizado à frente do aparelho, recebe estímulos perceptivos, mas, não os registra nem associa, pois precisam estar permanentemente abertos a novos estímulos/percepções. Esse fato seria impossível se desempenhassem

também as funções de armazenamento e associação. Essas funções são executadas por sistemas mnêmicos, que também são responsáveis pela retenção e registro. Esses sistemas mnêmicos recebem as excitações do primeiro sistema e as transformam em traços permanentes.

O sistema inconsciente (ICS) só tem acesso à consciência pelo sistema Pcs/Cs, sendo seus conteúdos submetidos às exigências deste sistema. Com essa exigência, o conteúdo do inconsciente sofre transcrições, modificações e distorções. O impulso à formação dos sonhos é localizado no inconsciente. Dessa forma, o desejo inconsciente infantil liga-se a pensamentos oníricos, que pertencem ao sistema Pcs/Cs e procura um meio de se tornar consciente, por meio da diminuição da censura imposta pela resistência durante o sono. Esse desejo se realiza de forma alucinatória por meio dos sonhos. Durante o dia, esse acesso à consciência é barrado por uma censura imposta pela resistência.

Para Bogochol& Teixeira (2017), o aparelho psíquico nesse texto freudiano é organizado para explicar sonhos (formação, organização, expressão e origem) e para memorizar, pensar, falar e fantasiar. No Projeto de 1895, Freud elabora uma topografia dos traços, e, na Carta 52 à Fliess (1896), esse traço torna-se uma escritura e, na Interpretação dos sonhos (1900) “o texto psíquico revela sua textura”. Os autores destacam que nesse escrito, o aparelho se diferencia em seus sistemas, atendendo às necessidades complexas de articulações entre as pulsões e representações. O texto psíquico não é feito apenas por palavras, mas também de imagens e representações, e é estruturado como uma linguagem.

O sonho, não seria um texto traduzido por imagens, mas, “o próprio texto escrito com elementos pictográficos originais” (Bogochol& Teixeira, 2017, pag. 220). O aparelho psíquico de a interpretação dos sonhos não se refere mais aos neurônios ou localizações espaciais, mas sonhos, desejos, ideias e linguagem.

### **3.5 Fragmento clínico**

Trata-se de uma senhora de 84 anos, diagnosticada com Alzheimer e que possui um círculo assistencial muito bem estruturado por suas irmãs. No período que a atendi,

somente a irmã caçula estava à frente dos cuidados da “Sra. C”, pois o marido da outra irmã enfrentava problemas de saúde.

Nas primeiras sessões, “Sra.C” queixa-se da cuidadora, a quem se refere como “a moça que trabalha lá em casa”. Conta que está se chateando muito com ela, pois não a deixa fazer nada. Não gosta de dormir à tarde, mas sua cuidadora sempre dorme após o almoço. Diz que a cuidadora é capaz de trancar a porta e colocar as chaves embaixo do travesseiro. Sente-se prisioneira dentro de sua própria casa, “tolida”“. Sra.C” gosta de caminhar dentro do condomínio ou no entorno do quarteirão, mas relata que a cuidadora só quer caminhar quando sente vontade, o que geralmente acontece quando o sol está muito quente, por isso, “Sra. C” sempre recusa.

“Sra. C” contou que seu apartamento possui um “varandão grandão” e que este possui um sofá. É capaz de passar horas ali sentada admirando a montanha. Disse que pede forças à montanha. Não conta nada a ninguém, pois a cuidadora é muito amiga de sua irmã, é “da confiança dela”.

Disse que cuidou dos pais, e depois do irmão. Mesmo depois que esse irmão se casou, a “Sra.C” continuou morando próximo a ele, em Niterói. Após o falecimento dele, sua irmã caçula a chamou para morar próximo a ela, no Recreio dos Bandeirantes.

“Sra. C” disse que nunca se casou, pois não gosta de ficar presa! Disse que namorou, mas nunca chegou ao ponto de colocar namorado dentro de casa. Trabalhava numa empresa de cosméticos com um “cientista francês”, que só ela entendia, pois fazia leitura labial. Era então maquiada o dia todo por ele”. Sra. C” lhe trazia voluntários com a pele mais escura quando ele falava mais, mais, mais, referindo-se a cor da pele. Quando dizia menos, menos, menos, “Sra. C” lhe trazia pessoas com a tonalidade da pele mais clara. Contou que era muito querida por todos, até pela esposa do francês que pedia que continuasse trabalhando com seu marido, pois este lhe gostava muito. Após a saída do cientista francês, “Sra. C” se aposentou.

Ao ser solicitada a falar mais sobre a montanha, “Sra.C” respondeu: “Meu pai tinha muitas cabras. Ele lavava os vidrinhos bem lavadinhos, enchia de leite e me mandava subir uma ladeira bem alta para entregar à mulher grávida pois o leite é bem forte! Do alto da montanha eu podia ver a praia de Ramos e toda a Baixada. Eu entregava o leite, descia com os vidros, e vinha correndo pois tinha medo do Alcides”. Falou que quando criança tinha medo do Alcides que passava o dia inteiro fumando um cachimbinho e tinha os olhos vermelhos: “naquela época eu não sabia o que era maconha. Todos diziam que ele virava um lobisomem”.

Em sua primeira sessão, “Sra. C” já delimitou os temas que abordaria ao longo de sua análise comigo. O “ser cuidada”; a função do trabalho em sua vida; uma lembrança de um período de sua infância, a cena da ladeira. Ao longo de sua experiência de fala, começa a demarcar uma diferenciação entre ela e seus irmãos e entre ela e sua irmã caçula, responsável por seus cuidados. Além disso, outros elementos vão entrando em cena até que ela se interroga sobre essa cena da infância.

“Sra. C” falou que a cuidadora simplesmente arrumou suas coisas e foi embora, sem nenhuma justificativa. Após a saída desta, sua irmã queria arrumar outra pessoa, pois não gostava que ficasse sozinha”. Sra.C” disse que dessa vez fará diferente, irá “apertar os parafusos”, fará uma lista de coisas para ela fazer. Interrogo-a sobre essas coisas e “Sra.C” me conta que acredita que deveria ter sido mais rigorosa, pois assim ela não teria ido embora.

Também disse que não é ruim ficar sozinha. Falou que sua casa é fácil de limpar, que sabe cozinhar. Sublinhou que morou muito tempo sozinha em Niterói, sempre cuidou de si. Em relação a sua irmã, contou que ela é professora aposentada e hoje trabalha numa ONG, num serviço voluntário. Viaja muito para ajudar as pessoas carentes. Disse também que moram muito próximas, só que do outro lado da Av. das Américas. Destacou que se veem sempre, e que quando está sozinha, senta em sua varanda e fica admirando a montanha. Trouxe novamente a cena da ladeira.

À medida que “Sra.C” ia falando ao longo das semanas, novos elementos iam surgindo. Ao falar sobre a montanha que admirava em sua varanda, disse que conseguia ver os raios e a chuva se aproximando. Disse que sempre teve medo de raios, desde criança. Contou também que tinha muito medo de lobisomem. Disse que perto de onde morava vivia um lobisomem, pelo menos era o que todos ali diziam. E começa a repetir a cena de sua infância”.

“Sra.C” também relatou ter medo dos irmãos mais velhos, do primeiro casamento de seu pai. Disse que eles gostavam de lhe colocar medo, e ela e suas irmãs iam se refugiar em sua mãe. Contou que o Ademir, um de seus irmãos, a noite fumava um cigarrinho e fingia ser um lobisomem para lhe assustar. Seus irmãos por parte de pai chamavam a ela e suas irmãs de “as filhas da branca”. Diante da minha interrogação, “Sra.C” contou que seu pai era mulato e em seu primeiro casamento se casou com uma mulher negra. Por isso todos seus irmãos são negros. Já sua mãe era loira de olhos verdes, filha de portugueses com italianos. “Sra.C” disse que está mais para o seu pai

do que para sua mãe, pois sua pela é morena. Enquanto sua irmã caçula é bem branca e tem os olhos verdes.

Contou que sua irmã caçula cuida muito bem dela, mas que se preocupa muito também. Lembrou que certa vez estava andando de ônibus e se perdeu. Teve que pedir ajuda a uma passageira, pois não sabia como chegar ao Recreio. Quando chegou ao bairro, se localizou, avistou a casa de sua irmã e sabia que a sua casa seria logo ali adiante. Durante essa sessão onde relata ter se perdido, também me diz que seu irmão morreu há dois anos, que eles eram muito próximos. Recordou que esse irmão tinha um gêmeo que faleceu quando era criança. Ao longo do atendimento comigo, essa foi a única vez que “Sra.C” falou sobre esses dois assuntos: a morte do irmão e quando se perdeu na rua.

O atendimento passa por um intervalo, e quando retorna aos atendimentos em meados de junho, sou procurado por sua irmã caçula que me diz que seu cunhado faleceu na noite anterior. Ela ainda não havia contado a “Sra.C” e me pediu para que eu estivesse com ela para darmos a notícia antes de entrarmos na sessão.

Gostaria de interromper a sequência dos atendimentos para fazer um adendo. Em alguns aspectos a clínica com idosos se assemelha à clínica com crianças, pois exige um manejo com aquele que leva o sujeito para a sessão. No início do atendimento, sua irmã me perguntava se adiantava “Sra.C” vir às sessões. Depois, ia me dizendo sobre atividades que desejaria que sua irmã realizasse para passar o tempo. Depois desse pedido, acredito que reconheceu que ali era um lugar de trabalho psíquico, um lugar importante para a “Sra.C”.

Ao saber da morte do cunhado a “Sra.C” fica muito irritada: “Gosto de saber na hora, não gosto que me esconda as coisas! Não quero que fiquem me privando, quero participar! ”. Durante a sessão, diz que morrer todo mundo morre, “ainda mais com 90 anos”.

Nas demais sessões, falou que está fazendo caminhada e ginástica em seu condomínio. Falou que em sua vida resolveu cuidar das irmãs. Cuidou dos pais, do irmão e das irmãs. Destacou que sempre trabalhou. Teve casa própria, em Niterói e hoje no Recreio. Sempre gostou de viajar para a região serrana do Rio para observar as ladeiras e as montanhas. Disse que quando pequena, tinha medo de raios e trovões, então, seu pai fincava o machado no chão, em frente de casa, para protegê-la.

Ao longo das sessões, “Sra.C” pontua as suas dificuldades e limitações. Fala sobre sua relação com sua irmã, sobre a ladeira, sobre a montanha. Em uma sessão

estava muito irritada, pois “a caçula quer mandar na mais velha, para ela tudo o que eu faço está errado, nada está direito. Sabia que ela contratou uma mulher para costurar comigo e me ensinar? Ela se esqueceu que eu sei costurar! Eu trabalhei com isso, fazia ternos e vestidos de noiva. Sempre fui muito independente e agora a caçula quer mandar em mim”. Pergunto o que ela faz a respeito, e me responde: “Eu fico quieta né!? Fecho o zíper da boca para não brigar, para não aborrecer”. Diz que o pai era ourives e relojoeiro, mas quando ela costurava ele virava o terno do avesso para ver se a costura estava perfeita. Afirma que costurava muito bem e que seu pai era muito exigente. Quando se aborrece com sua irmã vai para a varanda olhar a montanha. Relata novamente a questão de serem “as filhas da branca”, mas diferencia-se de sua irmã por ser mais morena que ela. Diz que saiu a seu pai enquanto ela se saiu a sua mãe. Também disse que a caçula mora do lado da praia enquanto que ela mora do lado da montanha. Termina dizendo que cuidou da caçula quando ela era pequena, depois cuidou dos pais e agora a irmã quer mandar nela.

Nesse período de sessões algo curioso ocorre”. Sra.C” relata a cena da montanha, onde ela lavava os vidrinhos bem lavadinhos, para seu pai encher de leite de cabra para ela levar para as criancinhas no alto do morro. Relata que sua irmã do meio ia junto para lhe ajudar, mas não subia o morro, pois tinha medo do Alcides que virava lobisomem. Conta que subia mesmo com medo para entregar o leite. Disse que entregava e as mulheres colocavam o leite em outro recipiente, pois “Sra.C” descia com as garrafas. Então “Sra.C” se pergunta: “por que elas não iam lá em casa pegar o leite ao invés de eu ir lá entregar? Se era para os filhos delas, por que não iam buscar? ”

Também falava bastante do seu trabalho, de como era útil lá. Como exercia um cargo de confiança e que tinha liberdade de trabalhar com o “cientista francês”. Conta que era maquiada por ele, e às vezes, ficava com o rosto dormente ou o céu da boca coçando. Ele lhe dizia que era bobagem, então ela o maquiava com as portas trancadas, para ele sentir o efeito colateral de seus produtos. Falou mais sobre sua mãe, de como ela era bonita e sempre fazia a diferença entre suas irmãs e irmãos.

Nesse tempo também uma nova empregada foi trabalhar em sua casa, e foi um processo gradual se acostumar com ela. Após isso, o atendimento foi interrompido pela greve dos funcionários da UERJ, pelo recesso de final de ano e por minhas férias. Depois disso, tivemos uma sessão, o recesso de carnaval e ela faltou as outras duas sessões e então fechou-se o ciclo da residência.

Para Castilho (2011), torna-se importante situar uma pergunta: de que lugar um idoso é escutado em uma análise? Trata-se de um lugar do especialista em envelhecimento ou de uma escuta que acolhe e recolhe as questões de um sujeito confrontado com a velhice como evento inexorável da vida? O discurso analítico permite interrogar aquilo que um idoso, sob transferência, tem a dizer sobre o seu processo singular de envelhecimento.

Interrogo-me sobre a repetição, pois este conceito é pensado em psicanálise como uma atuação, principalmente nos escritos técnicos (“Sobre a transferência” e “Recordar, repetir elaborar”). Aquilo que está recalcado retornaria em ato. Mas o que pensar quando o que se repete são as palavras? Como analisar o fenômeno do sujeito dizer a mesma coisa, recordar a mesma cena, diversas vezes na mesma sessão? O que ele/nele insiste? Seria isso uma tentativa de elaboração das perdas concomitantes da velhice?

Ainda na carta 52, Freud (1896) fala do aparelho psíquico como um aparelho de memória. Esse texto é uma ponte entre o projeto de uma psicologia científica de 1895 e a interpretação dos sonhos de 1900. Existe no funcionamento da memória subjetiva três vertentes que se entrelaçam: os traços marcados das experiências vividas, pensadas, sentidas ou imaginadas, a força da impressão desses traços e os efeitos do tempo sobre eles.

A memória é formada por três tempos que se entrelaçam. No primeiro tempo podemos encontrar traços daquilo que foi percebido ou vivido, são traços arcaicos, inconscientes. Mesmo aqueles que não podem ser lembrados exercem influência sobre as vivências e associações posteriores. Uma vez marcada, essa experiência (vivida, sentida ou imaginada) não apaga jamais. No segundo tempo, encontram-se traços que podem ser lembrados e surgem como lembranças, sensações, imagens, sonhos, associações e sintomas, mas sempre de forma parcial e disfarçada. No terceiro tempo, situam-se traços de memória ligados às palavras, são lembranças que podem ser nomeadas. Freud defende um dinamismo do aparelho psíquico que passa por reordenamentos e retranscrições. O recalco seria uma recusa a uma tradução que geraria desprazer, ele é uma proteção do aparelho psíquico contra o excesso de sofrimento, lembramo-nos de fatos e experiências, mas sob limite.

Mucida (2009) destaca que as lembranças sofrem efeitos das fantasias, novas inscrições e do sentido que o sujeito dá depois que a reminiscência retorna. A memória não seria, portanto, uma reprodução exata dos fatos ocorridos. É impossível

reproduzirmos de forma fidedigna nossas vivências uma vez que elas sofrem distorções da fantasia e da passagem do tempo”. O presente torna atual o passado, mas como as lembranças não são reproduções, trazem o vivido sob a perspectiva do presente”. (MUCIDA, 2009)

Assim, nos aproximamos do conceito de repetição em psicanálise. Num primeiro momento ela é vista como uma atuação (resistência) substituindo a recordação, mas logo depois ela é considerada um dos fundamentos da transferência e produtora de novidade. Em 1920, a repetição passa para o primeiro plano da teoria psicanalítica e vai servir de fundamento para a explicação da pulsão de morte. Freud volta a se perguntar pelo trauma, ao atender soldados que voltavam da Primeira Guerra. Deparou-se em sua clínica com a repetição, a compulsão a repetir na análise situações que jamais, em tempo algum, produziriam prazer. Questiona-se acerca da impossibilidade de realização de um desejo diante dessas situações que indicam um limite em relação ao princípio do prazer. Pergunta-se quais forças promoveriam a repetição do trauma ao invés de seu esquecimento. Elabora o conceito de pulsão de morte, que se contrapõe a pulsão de vida e tende a reconduzir o ser vivo ao seu estado inorgânico: a morte pelos caminhos da vida. Busca com esse novo conceito situar a experiência humana além do princípio do prazer, sinalizando que na repetição há uma satisfação por vezes enlaçada ao sofrimento.

Ao pensar no caso apresentado, questionamo-nos: a entrada de uma escuta poderia dar lugar, no tempo, a uma dimensão diferencial da repetição? Tal relato poderia abrir a algum trabalho de elaboração? Tais questões localizam uma aposta de que algum esvaziamento do sofrimento pode ocorrer, à medida que o sujeito fala ao analista.

A recordação da montanha, que retorna rigorosamente em todas as sessões, nos faz suspeitar que há algo nessa repetição que contorna sua fantasia. Existe algo que insiste de forma compulsiva em voltar a essa cena, marcando sua dificuldade e insistência em elaborar o ocorrido. No decorrer de sua análise, “Sra.C”, pôde reconstruir a cada vez essa cena, passando a exaltar sua coragem, de subir a ladeira mesmo com medo; questionar a preguiça e o comodismo das mulheres do morro, pois estavam recebendo leite de graça, “então elas que deveriam ir buscar”; e pode lembrar-se de outra cena, mais antiga, onde seu irmão mais velho fumava no escuro e imitava um lobisomem para lhe colocar medo. O que inicialmente aparece como uma repetição estereotipada, aos poucos ganha novos contornos, novos elementos que vão sendo

introduzidos e agregados, abrindo vias para certo esvaziamento da dor e do sofrimento, intrínsecos ao relato.

Além da cena que se repete, gostaríamos de pontuar algumas questões que circundam a fala da “Sra.C”. Chama-nos a atenção, principalmente agora, após os atendimentos, o esforço dela em não esquecer sua história. Ali onde aparecem suas limitações e a preocupação de sua família sobre o cuidado”. Sra.C” esforça-se em sua análise para marcar o lugar que ocupava em sua família, o lugar de cuidadora e não de objeto de cuidados.

Em Luto e Melancolia, Freud (1917) define o luto como “uma reação à perda de uma pessoa amada, a pátria, liberdade, um ideal”. O luto é uma espécie de trabalho diante de alguma perda real ou imaginada, seja de uma pessoa, um ideal ou um lugar ocupado. Para ela, é muito difícil se ver nesse lugar de ser cuidada, fala-me sobre isso ao lembrar-se em uma posição contrária no passado, onde ajudou a criar as irmãs, cuidou dos pais e do irmão quando precisaram. Também questiona a própria irmã: “Agora a caçula quer mandar na mais velha”.

De igual modo, em relação ao trabalho, ela relembra um tempo bom, produtivo e leve. Fala-me do lugar que ocupava na empresa e para o “cientista francês”. Ter seu próprio dinheiro, sua independência e liberdade são traços que usa para se descrever. No trabalho de luto o sujeito tenta elaborar o que perdeu e como perdeu. Ele se revolta, lamenta-se, se entristece. Uma vez feito o luto, abre-se uma via para a substituição, para um novo investimento libidinal em um novo objeto, para a criação de novos projetos.

Para Mucida (2009), a velhice é marcada por muitas perdas, e, muitas delas se tornam buracos. Resta ao sujeito contorná-lo com palavras, contando e recontando suas histórias. Recontar a própria história possibilita a produção do novo, marca da repetição. Contar, recontar e inventar são formas de atualizar o passado no presente, formas de reescrever o vivido e possibilitar que algo novo possa advir.

É importante pontuar que uma análise será sempre do sujeito do inconsciente e este não envelhece (Mucida, 2004). Diante de um cenário permeado pelo discurso médico onde o idoso se reduz a um “objeto de cuidados”, o dispositivo analítico possibilita ao velho a possibilidade de falar sobre sua dor e se implicar em seu sofrimento.

Muitas vezes o velho recebe diagnósticos da equipe multiprofissional que o limita, paralisa. A escuta psicanalítica opera por via contrária, ao invés de apontar aquilo que o idoso “não pode”, aposta-se naquilo que o sujeito pode, naquilo que ele é

capaz de inventar e reinventar ao recortar a sua história. Percebemos que a “Sra.C”, muito além de “uma paciente com Alzheimer”, é um sujeito que durante todo o seu trabalho de análise, mostrou que lutava por fazer valer sua singularidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, gostaríamos de fazer uma articulação entre psicanálise e a arte, utilizando-a como meio de expressar alguns pontos abordados nessa dissertação. Iniciaremos comentando o filme espanhol “Viver duas vezes” (*Vivir dos veces*) de 2019, dirigido por María Ripoll e estrelado por Oscar Martínez. O filme aborda o avanço inexorável da doença de Alzheimer e seu impacto na vida de uma família. O longa retrata a vida de Emilio, um senhor de seus setenta anos, recentemente viúvo, e professor universitário de matemática aposentado. Orgulha-se de sua racionalidade, pensamento lógico e de ter dedicado sua vida ao ensino da matemática.

No início do filme, somos levados por meio das lembranças de Emilio, para sua pré-adolescência, onde se recorda do encontro com Margarita, a grande paixão de sua vida. Nessa cena, que norteia o filme, mostra o estudioso Emílio fazendo sudoku, próximo de Margarita, que canta enquanto tenta bordar. Margarita tenta bordar a letra L, mas esta, assemelha-se com o símbolo do infinito. Conversam brevemente sobre isso, e ela o convida para ir à praia, mas Emilio recusa alegando que precisa estudar. Seu amor pela matemática predominou sobre a paixão pela bela menina.

O filme segue, mostrando o cotidiano de Emilio em um café, onde começa a apresentar os primeiros lapsos de memória. A garçonete, que mantém um laço com Emilio, começa a percebê-lo de um modo diferente. O filme também retrata Emílio confuso em sua volta para casa. A cena que segue é de Emílio no hospital fazendo exames, conversando com o médico e realizando um teste cognitivo com uma profissional de saúde. No primeiro momento do teste, Emílio zomba da situação, achando-a ridícula. Essa cena do teste cognitivo vai se repetindo e atualizando ao longo do filme, sempre apontando para o avançar da doença, marcando seu declínio cognitivo. Ao sair da consulta inicial, Emilio depara-se com sua filha Julia, com quem não mantém um bom relacionamento.

Julia o convida para almoçar em família e toma ciência do quadro de seu pai. Julia é uma mulher forte, a principal provedora de seu lar. É casada com Felipe, que está desempregado, mas atua como coaching e posta vídeos na internet. Julia e Felipe são pais de Blanca, uma adolescente de 12 anos viciada em celular. Num primeiro momento Emilio recusa-se a morar com sua filha, então, ela lhe presenteia com um celular, a fim de estar sempre monitorando o pai. Como não domina esse aparelho, cabe à sua neta Blanca a incumbência de lhe ensinar. Inicia-se um forte e intenso relacionamento

intergeracional entre avô e neta. A medida que a doença vai aumentando, a família aproxima-se mais de Emilio. Com a ajuda da neta, o protagonista descobre o endereço de sua amada e inicia sua jornada em busca do grande amor de sua vida. Param em um posto de gasolina para abastecer o carro e Emilio se desorienta e não reconhece sua neta. É preciso que Julia e Felipe o encontrem na estrada e, dessa forma, toda a família embarca nessa jornada.

Ao ser questionado por sua filha sobre o que o motivava a fazer esse percurso, se iria se declarar para ela e tentar viver um romance, Emilio responde que se contentaria em saber que ela pensava nele da mesma forma que ele nela. Após alguns desencontros, chegam ao destino e encontram a casa de Margarita. Quem os recebe é seu marido, Margarita está aos fundos no jardim, bordando. Margarita também possui um quadro demencial, mas encontra-se em um estado mais avançado que Emílio. Margarita não reconhece Emílio, mas ele dá-se por satisfeito ao ver que ela borda um L, o mesmo da cena de sua lembrança.

Após esse encontro, o filme mostra o passar do tempo e o agravamento da doença de Emílio, até chegar a um ponto de esgotamento familiar, e, seguindo a sugestão da equipe assistencial, decidem pelo asilamento do patriarca. No asilo, Emílio reencontra Margarita em uma bela cena onde os velhos espelham aquela primeira cena da adolescência. Emilio ocupa-se escrevendo em seu caderno inúmeros símbolos do infinito, enquanto Margarita canta antiga canção, eles conversam, em um diálogo muito parecido com o da adolescência e ela o convida a ir à praia. O fim, termina como no início, mas com a repetição marcando uma diferença, ambos estão juntos na praia ao término do filme.

Sigmund Freud, nos seus setenta anos, em uma entrevista que ficou conhecida como “O valor da vida”, afirma que a vida vai ficando mais desagradável a medida que envelhecemos para, no fim, a morte ser menos intolerável que os fardos que carregamos em vida. Freud (1926) nessa entrevista levanta a hipótese de que talvez a morte em si não seja uma necessidade biológica, mas que morramos por desejarmos morrer. Explica que da mesma forma que amamos e odiamos uma pessoa ao mesmo tempo, assim a vida conjuga os desejos de manter-se e, de destruir-se.

No filme que comentamos acima, vemos a dificuldade de um senhor de setenta anos em lidar com algumas esquisitices e perda de memória em seu estágio inicial. O personagem Emilio se apega ao desejo de reencontrar sua amada e esforça-se por realizá-lo. Após o êxito desse projeto, o filme mostra seu declínio e o inexorável

avançar da doença de Alzheimer que culmina em sua ida ao asilo. Esse período é muito difícil para muitos idosos em que, embora não se mostre no filme, muitos podem deprimir como reação ao processo de perdas inerente ao envelhecimento. O próprio declínio cognitivo de Emílio, embora não muito frisado no filme, ocorre após a perda de sua esposa.

A velhice escancara um corpo que sofre o efeito do passar dos anos. Ela traz em si algo do Real, algo de um progressivo declínio físico que culmina na morte, embora a morte esteja para todos e não apenas para os velhos. Com o avançar da doença de Alzheimer, Emilio passa de um “idoso” autônomo e independente para um velho dependente do auxílio de familiares. O filme retrata brevemente esse momento, mas somos convencidos do sofrimento e exaustão dos familiares diante das mais difíceis reações do personagem principal.

Um outro ponto que gostaríamos de abordar diz respeito ao esquecimento. Sempre em nossa escuta clínica, chama a atenção não aquilo que se esquece, mas sim aquilo que não se esquece. Nos interessamos por aquilo que insiste, por aquilo que é lembrado e contado e recontado inúmeros vezes. O que é isso que insiste senão a inscrição no inconsciente? Por que, de tantas lembranças do passado, o sujeito escolhe para contar ao analista exatamente aquela que ele recorda?

O filme retrata bem esse fato, pois Emilio recorda-se de Margarita e diante de tantos esquecimentos, como o do caminho de casa, não se esquece de sua amada. De forma semelhante, abordamos isso no fragmento clínico do terceiro capítulo, no qual uma senhora, também diagnosticada com doença de Alzheimer, recorda cenas de sua infância e juventude, repetindo sua história a cada sessão. Vimos com Freud (1920), em “Além do princípio de prazer”, que a repetição é a marca da pulsão de morte, e, ao mesmo tempo, a repetição difere da reprodução do mesmo, trazendo sempre algo de novo, como vimos nesse fragmento clínico, em que a analisanda muda de posição subjetiva e começa a questionar o seu papel naquela lembrança que relata, depois de aparentemente repetir a mesma cena nas sessões. Nesse caso, vimos o esforço da paciente em não se deixar reduzir a um objeto de cuidados, ao contar e recontar sua história, ela lutava para não ver desaparecer sua condição de sujeito. Mostrando, dessa forma que, apesar de seu diagnóstico não ter cura, não significa que não possamos fazer nada para melhorar a qualidade de vida do “idoso” que padece. Esse caso comprova que escutamos em análise o sujeito, e este não envelhece.

Por fim, para concluir essa dissertação, queríamos pontuar que, apesar das contraindicações freudianas ao atendimento psicanalítico a idosos, é o próprio Freud quem desenvolve meios de avançar com sua teoria e nos autorizar na escuta desses sujeitos. Vimos que o desejo do analista é o que nos permite avançar com a escuta de um “idoso”, mesmo sendo muito difícil às vezes, devido às faces do Real que a velhice escancara.

Além disso, corroboramos a hipótese desenvolvida por alguns psicanalistas que se dispõem a pensar a clínica com “idosos”, como Jack Messy, Ângela Mucida e Délia Goldfarb. Acreditamos que as experiências de perdas na vida de um “idoso” podem levar a uma depressão que uma vez não analisada, pode ser a porta de entrada para um processo demencial. Em “Atransitoriedade” de 1916, Freud ao final do texto afirma que:

“Sabemos que o luto, por mais doloroso que seja, acaba naturalmente. Tendo renunciado a tudo o que perdeu, ele terá consumido também a si mesmo, e nossa libido estará novamente livre –se ainda somos jovens e vigorosos- para substituir os objetos perdidos por outros novos”. (FREUD, 1916,p.251)

Nessa passagem, Sigmund Freud aponta para a dificuldade do “idoso” em fazer novas substituições e investir sua libido em novos projetos. Essa dificuldade de elaboração de perdas pode desencadear um estado depressivo. Para Jack Messy (1999), “O pano de fundo de todas as patologias seria a depressão, sintoma maior da velhice”. Messy (1999) argumenta que no estado depressivo o sujeito curva-se sobre si mesmo e desinveste o mundo externo. Isola-se em sua dor e sofrimento, e se precipita num movimento autodestrutivo, numa morte em vida, “morte psíquica” denominada demência, quadro patológico que evolui de maneira contínua para a morte. Sobre essa relação entre finitude e velhice, Sigmund Freud em entrevista ao jornalista norte-americano George Sylvester Viereck no ano de 1926, afirma:

“A vida tem que completar o seu ciclo de existência. Em todo ser normal, a pulsão de vida é forte o bastante para contrabalançar a pulsão de morte, embora no final resulte mais forte. Podemos entender a fantasia de que a morte nos vem por nossa própria vontade. Seria mais possível que pudéssemos vencer a morte, não fosse por seu aliado dentro de nós”. (FREUD, 1926)

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. *O envelhecimento e suas conseqüências sociais*. In: A saúde do “idoso”: a arte de cuidar. Organizadora: Célia Caldas. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- BERLINCK, M.T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.
- BERTOLUCCI, P.H.F. *Manual do cuidador: Doença de Alzheimer nas fases moderada e grave*.
- BEZERRA JR, B. *Projeto para uma psicologia científica: Freud e as neurociências*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- BOGOCHVOL, A; TEIXEIRA, A. *Memória*. In: *Psicopatologia Lacaniana I: Semiologia*. Belo Horizonte: Autentica, 2017
- CAIXETA, L. *Doença de Alzheimer*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CARNEIRO, J. *O sujeito no tempo da velhice*. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- CASTILHO, G. *A função constitutiva do luto na estruturação do desejo*. *Estilos clin.*, São Paulo, v.8, n.1, jan./abr.2013, 89-106.
- \_\_\_\_\_. *Psicanálise e Velhice*. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) - Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FREUD, S. [1896] Carta 52. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996
- \_\_\_\_\_. [1900] *A interpretação dos sonhos*. Tradução Paulo César de Souza. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- \_\_\_\_\_. [1900] *A interpretação dos sonhos*. Tradução Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- \_\_\_\_\_. [1905] *Fragmento da análise de um caso de Histeria*. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. [1905] *Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”)*. Tradução Paulo César de Souza. 1ªed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_. [1905] *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. [1910] *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*. Tradução Paulo Cesar de Souza – 1ªEd- São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

\_\_\_\_\_. [1915] *Nossa atitude perante a morte*. In: *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*. Tradução Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1916] *A Transitoriedade*. Tradução Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1917] *Teoria Geral das Neuroses*. In: Conferencias Introdutórias à Psicanálise. Tradução Sergio Tellaroli; revisão de tradução Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

\_\_\_\_\_. [1917] *Luto e Melancolia*. Tradução Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1919] *O Inquietante*. Tradução e notas Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1919] *O Infamiliar*. Tradução Ernani Chaves. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

\_\_\_\_\_. [1930] *O mal-estar na civilização*. Tradução Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2010

\_\_\_\_\_. [1933] *Angústia e Instintos*. In: Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise. Paulo Cesar de Souza, 1ªEd. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

\_\_\_\_\_. [1937] *Análise terminável e interminável*. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_. *Freud/ Lou Andreas Salomé: Correspondência completa*. Direção Jaime Salomão; tradução Dora Flacksman. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

GARCIA-ROZA, L.A. *Introdução à metapsicologia freudiana*, v.1. 6Ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_. *Freud e o inconsciente*. 24Ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2009.

GOLDFARB, D. *Demências*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2014.

GOMES, R.F.S. *Trauma, repetição e memória: uma experiência clínica com pacientes idosos*. Dissertação de mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2016.

GROISMAN, D. *Velhice e história: perspectivas teóricas*. In: Cadernos IPUB, Instituto de Psiquiatria/UFRJ nº10, Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

JORGE, M.A.C. *Poderosos Insights*. Ver. Latinoam.Psicopat.Fund; São Paulo, 20(2), 403-406, Mar. 2017.

\_\_\_\_\_. *Das afasias à histeria*. In: Afasias: Sobre a concepção das afasias; As afasias de 1891/ Sigmund Freud, Luiz Alfredo Garcia Roza. Tradução Renata dias mudt. 1Ed – Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

\_\_\_\_\_. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*, v. 3: a prática analítica. 1Ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

KAMKHAGI, D. *Psicanálise e Velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera, 2008.

LACAN, J. *Seminário livro 7: A ética da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira Antonio Quinet – Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. *Seminário livro 10: A angústia*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão final Angelina Harari e preparação do texto André Telles; tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2005

LEADER, D. *Além da depressão: Novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. Tradução Fátima Santos. – Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

LEIBING, A. *A antropologia de uma doença orgânica: doença de Alzheimer e fatores culturais*. In: Cadernos IPUB, Instituto de Psiquiatria/UFRJ nº10, Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

\_\_\_\_\_. *A psicopatologia de Alzheimer*. In: Psicopatologia Hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2007.

LUFT, L. *O Alzheimer e a luz da alma*. Veja.com. 2009.

MANNONI, M. *O nomeável e o inominável : A última palavra da vida*. Tradução Dulce Duque Estrada; Revisão Betty Fuks – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1995.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS:DSM 5 . American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Correa Nascimento. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. 5.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

MESSY,J. A pessoa idosa não existe. Tradução José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: ALEPH, 1999.

MILAN,B. A mãe eterna: morrer é um direito. Rio de Janeiro: Record, 2016.

MUCIDA,A.O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice .Belo Horizonte: Autentica,2004.

\_\_\_\_\_. Escrita de uma memória que não se apaga – Envelhecimento e Velhice. Belo Horizonte: Autentica,2009.

RINALDI,D. Ética da diferença. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed, 1996.

TOREZAN,Z& AGUIAR,F. O Sujeito da Psicanálise: Particularidades na Contemporaneidade. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza - Vol. XI - Nº 2 - p. 525 - 554 - jun/2011.

VERAS,R. Cuidadores: Formação de acompanhantes de idosos . Rio de Janeiro: UERJ,UnATI, 2008

\_\_\_\_\_. O cuidador nos novos modelos de atenção. In: A saúde do idoso: a arte de cuidar . Organizadora: Célia Caldas. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.