

Velhice e quadros demenciais: que clínica podemos oferecer ao sujeito?

Francisca Maria Timoteo Silva¹

Talita Baldin²

Resumo

A clínica com a velhice, e em especial quando acompanhamos casos de pacientes acometidos de quadros demenciais, não se faz sem o manejo da transferência e de diversos obstáculos. Escutam-se a família, os cuidadores, os médicos, outros colegas especialistas na área clínica, mas o paciente com demência, muitas vezes, é o último a ser ouvido e, ainda assim, visto como alguém que “fala nada com nada”, “não apresenta lógica no discurso” ou “não consegue responder a perguntas lógicas”, falas comumente ouvidas por esses mesmos indagados. Do ponto de vista orgânico, esses pacientes têm um déficit cognitivo considerável, que leva os profissionais a desconsiderar o que falam. Pela Psicanálise, entretanto, deparamo-nos com uma outra ordem de saber, que coloca o sujeito no centro da discussão, pensando o papel da escuta do sujeito e seus efeitos a partir do desejo do analista. Como considerações finais do trabalho, ponderamos que, apesar de no início da Psicanálise a escuta de velhos não ter sido alvo de grandes investigações, a escuta do inconsciente abriu portas para a complexidade da clínica e suas vicissitudes, tornando a escuta da velhice uma clínica possível, e cuja aposta clínica se dá em virtude da particularidade e subjetividade de cada paciente, no caso a caso do trabalho com o sujeito do inconsciente em estado demencial. Quando ampliada a noção de demência como uma perturbação mental, não necessariamente fruto do envelhecimento natural, ofertamos um tratamento ao sujeito sustentado no lugar de saber do sujeito.

Palavras-chave: Psicanálise, Velhice, Demência, Memória, Discurso médico.

¹ Psicóloga, pós-graduação em Fundamentos da Clínica Psicanalítica (FAMATH) e em Psicologia Hospitalar e da Saúde (Instituto Líbano em parceria com o Centro Universitário Celso Lisboa RJ); psicóloga e supervisora na Associação Fluminense de Reabilitação, em Niterói (Rio de Janeiro, Brasil). E-mail: franciscatimoteopsi@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-9459-3995>

² Doutora em Psicologia (Universidade Federal Fluminense), docente de graduação na Universidade Castelo Branco (Rio de Janeiro, Brasil); e em diversos cursos de pós-graduação, psicóloga e psicanalista. Email: talita.baldino5@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9835-5464>

Introdução

A escolha de abordar a demência na velhice, especificamente, se dá a partir de leituras sobre o tema da demência presente em pessoas jovens, com faixa etária inferior a 60 anos, idade legal para caracterizar alguém no Brasil como pessoa idosa.

Segundo Goldfarb (2004), a palavra demência vem do latim *de-mentis*, que significa “perder a mente”, termo que a Medicina utilizou como perda relacionada à razão e à memória. Se considerarmos a língua italiana, teremos o verbo *dimenticare*, que se traduz como “esquecer”, em português. Acreditava-se, ainda no século XIX, que a demência senil se tratava de um desgaste natural do cérebro e de problemas vasculares de acordo com um processo natural a partir do avanço da idade, sendo inevitáveis por essa razão e com diagnósticos associados à doença de Alzheimer, demência vascular, demência de corpos de Lewy, demência frontotemporal ou demências parkinsonianas.

Embora não seja nosso intuito nesta pesquisa, vale ressaltar que há relatos de casos clínicos de demência em pessoas mais jovens. Por exemplo, no livro *Minha aventura contra o Alzheimer* (Graham & Holden, 2018), há o caso clínico de um jovem de 34 anos de idade, diagnosticado com demência precoce devido a um fator traumático, com sequelas graves que comprometem a cognição, incluindo a memória. Estudos recentes como esse revelam a existência do quadro em pessoas jovens, incluindo a síndrome de corpos de Lewy e Parkinson. Para articular essa discussão à velhice, abordamos de que modo compreendemos a memória e como se relaciona com os quadros demenciais em casos não orgânicos.

O desejo na elaboração do estudo parte de inquietações das pesquisadoras, em seus respectivos espaços de trabalho na clínica com idosos, sendo alguns deles em processos demenciais. Em todas as experiências, pode-se notar o efeito das palavras de médicos, outros profissionais de saúde e familiares. Neste artigo, articulamos alguns fragmentos de relatos clínicos com o campo teórico da Psicanálise, o qual evidencia o discurso do sujeito e de seus desejos, mesmo diante da perda de sua autonomia e com os esquecimentos cada vez mais frequentes. O papel do analista, nesse sentido, é o de suportar um não saber na prática analítica, considerando os efeitos disso na subjetividade. Enfatiza-se, portanto, que como analistas não tratamos a demência, tratamos o sujeito com demência.

A velhice na Psicanálise

A Psicanálise surge com Sigmund Freud (Freud & Breuer, 1895/2016) com a clínica das neuroses, diante dos relatos das histéricas, jovens com sintomas inexplicáveis de acordo com os saberes médicos da época. Freud e Breuer (1895/2016) vão ao encontro de Jean-Michel Charcot no Hospital Salpêtrière, onde estudava os fenômenos histéricos, e insatisfeito com a hipnose, dada sua ineficácia na cura da histeria, desenvolve a técnica da associação livre, única regra da Psicanálise atrelada ao método catártico. Com isso, estimulava que seus pacientes falassem livremente sobre suas angústias, sem estarem hipnotizadas e objetalizadas.

Pouco se escreveu sobre a velhice naquela época. Devido às Grandes Guerras e ao conhecimento e tecnologias médicas do século XX, pessoas com 50 anos de idade já eram

consideradas idosas e o próprio Freud (1905/2010) escreveu em seus estudos que em pessoas com idade “próximo ou depois dos cinquenta anos, costuma faltar a plasticidade dos processos psíquicos de que depende a terapia – as pessoas idosas não são educáveis” (p. 342).

Ao longo de suas pesquisas e da prática clínica, Freud (1937/1996) avança em suas ideias, quando conclui com suas experiências clínicas que muitos fatores típicos da velhice também acometiam pessoas jovens. O pai da Psicanálise escreve que,

Com os pacientes que tenho em mente, porém, todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de força são imutáveis, fixos e rígidos. Encontra-se a mesma coisa em pessoas muito idosas, em cujo caso ela é explicada como sendo devida ao que se descreve como força do hábito ou exaustão da receptividade – uma espécie de entropia psíquica. Aqui, no entanto, estamos tratando com pessoas ainda jovens (Freud, 1937/1996, p. 157).

Mucida (2019) considera que havia poucos estudos voltados para esses temas, tanto da demência quanto para a própria velhice na Psicanálise, considerando o “idoso” como um adulto como os outros, sem diferenciar uma especificidade para essa clínica. A autora menciona ainda que a velhice dos tempos atuais não é a mesma que se circunscrevia nos tempos de Freud. Atualmente, vive-se mais tempo devido aos avanços tecnológicos, o que acarreta efeitos para o prolongamento da vida.

Na perspectiva psicanalítica, entretanto, não é sobre o envelhecimento que nos interessamos, uma vez que, “[...] se o sujeito do inconsciente não envelhece, há algo que não cessa de se inscrever para cada sujeito, trazendo efeitos sobre o que não se modifica” (Mucida, 2019, p. 26). Nesse sentido, a velhice é tomada como um processo de não reconhecimento do Eu na imagem que o sujeito vê quando se olha no espelho.

Goldfarb (2004) exemplifica com seus estudos que há repetições no discurso de seus pacientes: “Quando me olho no espelho, digo: essa não sou eu, não me reconheço, preciso me apressar, me resta pouco tempo para fazer tudo o que desejo” (p. 15). Essas falas insistentes marcaram os dois eixos fundamentais da pesquisa: as limitações corporais e a consciência de finitude.

Goldfarb (2004) continua abordando sobre o não reconhecimento desse corpo, não orgânico ou biológico, mas um “[...] corpo representado, corpo simbólico, fonte de prazer e objeto de investimentos” (p. 15). Também Freud (1923/2011) escreve sobre esse corpo em *O eu e o id* e menciona que “o eu é um ser corpóreo, e não só um ser superficial; ele é também a projeção de uma superfície” (p. 15). A partir desse princípio, podemos pensar o corpo na velhice considerando as mudanças físicas na aparência somado ao que é da ordem da psique, que não acompanha tal processo. Mucida (2019) nos traz a noção avessa à Psicologia do desenvolvimento e suas fases evolutivas, ressaltando que a constituição do sujeito não acontece a partir de momentos isolados e não são esquecidos a partir das próximas etapas. Existe algo que “não se traduz de uma etapa para a outra, restando sempre como marca que não pode ser significantizada; é isso que o real impõe a todo ser falante” (p. 26).

Apostando na visão da autora sobre isso que resta ao sujeito, temos que, Se a velhice é ainda determinada em cada época e em cada cultura de forma diferenciada, acentuamos, os significantes que tentam nomeá-la incidirão sobre os sujeitos,

provocando seus efeitos. Mesmo que cada um só possa responder sob os auspícios de seus próprios traços, os significantes culturais – o mal-estar da cultura em cada época – exercem, sem sombra de dúvida, seus efeitos sobre o sujeito. Afirmamos, portanto, que a velhice é também um efeito do discurso (Mucida, 2019, p. 28).

Com isso há uma diferença entre o envelhecimento como um processo e a velhice. O envelhecimento acontece ao longo da vida, com o passar dos dias e ao longo dos anos. Se tomarmos o velho como o efeito do processo de envelhecer, ele aparece sempre distante e quando efetivamente nos depararmos com o velho é com o outro que nos deparamos (Messy, 1992). Esse processo do envelhecer abre caminho para três direções que se conectam em um mesmo ponto de reflexão: o curso natural da vida, o que se ganha e o que se perde ao longo desse tempo. O outro está presente em todas as fases da vida, de maneiras variadas para cada sujeito, sendo esse outro um objeto de amor ou rivalidade, mas presente tanto nos investimentos quanto nas aquisições e perdas.

Já, para falar de velhice, Messy (1992) apresenta em *A pessoa idosa não existe* o conceito de espelho quebrado e explicita a palavra *velho* utilizando-se da língua francesa. Ele menciona que na palavra *velho* (*vieux*) podemos destacar a palavra *vida* (*vie*) e também discernir o pronome pessoal *ele* (*eux*), o que faz do velho um outro mais idoso, mais feio. Para o autor, *velho* “contém o enunciado e nos coloca diante de uma primeira constatação: o velho é o outro” (p. 10). Portanto, a velhice não se trata de uma idade cronológica. Existe toda uma trajetória de vida, experiências e perdas, no que denomina a velhice como um certo estado de espírito, como descreve Messy (1992), a partir da colocação de Octave Mannoni: “o velho é o outro, em quem não nos reconhecemos. A imagem da velhice parece uma imagem “fora”, no espelho, imagem que nos apanha quando é antecipada e produz uma impressão de inquietante estranheza, quando o apavorante se liga ao familiar” (Messy, 1992, p. 10).

Messy menciona Freud (1919/2021) no texto intitulado “O Infamiliar”, o qual nos traz como representação o que é estranho, “uma espécie do que é aterrorizante, que remete ao velho conhecido, há muito íntimo” (Freud, 1919/2021, p. 33). Muito resumidamente, Freud aponta para aquilo sobre o que nada se sabe e que tende a ser recalcado pelo sujeito.

Ainda, o envelhecimento é tomado como perda (Messy, 1992). Antes, entretanto, Freud (1923/2011) abordou a instância psíquica que chamamos de Ego, a qual tem relação direta com os objetos de amor adquiridos ao longo da vida e em algum momento perdidos. “O ego é, pois, constituído de um depósito de camadas de imagens investidas. Se nos aproximarmos mais de Freud, veremos que não é o ego, mas o caráter do ego que se constrói a partir dos traços do objeto” (Messy, 1992, p. 14). A relação do ego com o objeto se dá por intermédio de um tempo cronológico a partir da relação do sujeito com o outro. Com o tempo, ao longo do processo de envelhecer, o sujeito começa a se deparar com a desvalorização de si em relação ao outro. “Quando pensamos amar uma pessoa, nosso ego investe nela uma imagem que o constitui. Quando a pessoa desaparece ou morre, a relação do ego com o objeto é marcada pelo luto, sendo vivenciada pelo sujeito como perda. A libido investida no objeto se retira” (Messy, 1992, p. 15).

Percebemos, portanto, esse objeto como um outro, mas não em sua totalidade como um ser outro, mas da perda de parte desse objeto outro como constituição de alguma parte

do ego. Esse último, destarte, “é constituído de imagens de objetos investidos e cada perda de objeto o ameaça diretamente de ressecamento ou de esfoliamento imaginário” (Messy, 1992, p. 15). Messy (1992) então possibilita pensar que aquilo que é da ordem do apagamento, na demência, pode tratar-se de um apagamento do ego no sujeito a partir das identificações que vão se perdendo com a perda desses objetos.

Mucida (2019) complementa essa ideia, fazendo uma comparação entre a temporalidade do Eu e a atemporalidade do Isso,

associando a velhice à vivência de finitude, marcada por uma ferida narcísica, seja pela impossibilidade de se adiar a realização do desejo, seja pela ideia da morte real. A resposta à nova prova de realidade poderia abrir-se a retificações, aos lutos e à mudança de posição subjetiva, delimitando, pois, a indestrutibilidade do desejo. Ou, de outra forma, a velhice atualizaria a problemática da castração a partir do luto do que se foi e do que se é. Ela inscreveria uma alteração significativa do narcisismo: luta entre o investimento em si mesmo e o desinvestimento que se abre à morte (Mucida, 2019, p. 35).

Retornando a Freud (1915/2010) e considerando o luto também como a perda de um ideal, podemos afirmar que o envelhecer é um processo de luto. É necessário que o sujeito passe por uma reconstrução de si e de sua vida, ao longo do tempo; crie novos arranjos, recursos e ideais para que vivencie esse processo, que é sofrido. O objeto que se perde nunca poderá ser substituído por outro, mas há possibilidades de novos investimentos, a partir do desejo. Isso nos leva ao conceito de sublimação, que para Freud (1916/2010) é uma forma de lidar e expressar uma experiência traumática (seja ela qual for) em arte, por meio do lúdico, da música, da escrita ou de outras formas de linguagem.

Isso remete a uma experiência clínica com um sujeito que perde a voz devido ao afastamento do trabalho, imposto pela família, por causa da “idade já avançada”, conforme os familiares. O paciente, com mais de 90 anos, atuava como médico, tinha muito amor, dedicação e apego pela profissão. Muito procurado no município e reconhecido por instituições, hospitais, etc., interromper suas atividades fez com que ele perdesse a voz, tendo início um quadro demencial que progrediu muito rapidamente.

Tempo, memória e Psicanálise: algumas proposições sobre uma memória que não se apaga

Se tomarmos como referência a Psicopatologia de Paulo Dalgarrondo (2019), derivada da mesma Psicopatologia que se fazia em meados dos séculos XVIII e XIX com Jaspers, verificamos que pouco se alterou, de lá para cá, nesse ramo da ciência. Por essa via, poderíamos definir memória como “a capacidade de codificar, armazenar e evocar as experiências, impressões e fatos que ocorrem em nossas vidas” (Dalgarrondo, 2019, p. 129), sendo que todos os processos estariam contextualizados e integrados em uma rede de múltiplas informações e contextos da vida. Logo, tudo o que uma pessoa seria capaz de aprender na vida dependeria intimamente da memória.

Ainda sob esse enfoque, a memória seria subdividida em tipos distintos conforme função e estruturas cerebrais (psicológica, genética, imunológica, social, coletiva, cultural, de trabalho, episódica, semântica) e com etapas sucessivas (codificação, armazenamento

e recuperação), consoante Dalgarrondo (2019). Ademais, o que se chama de perda de memória significaria uma perda de si mesmo, da sua própria história de vida e das interações estabelecidas com os outros.

Pela perspectiva psicanalítica, por outro lado, a psicanalista Ângela Mucida (2019) atenta para o fato de que abordar a memória apenas em termos biológicos e fisiológicos não explica, por exemplo, os pequenos lapsos de memória sem evidências orgânicas, porque algumas memórias se perdem no tempo; enquanto outras, carregadas de afetos, parecem impossíveis de serem apagadas, mesmo com o passar de muitos anos. Ao lado de Mucida (2019), orientamo-nos muito mais para o que poderíamos chamar de “memória subjetiva” (p. 85), a qual oferece mais ênfase à singularidade, sem deixar de reconhecer o papel dos fatores orgânicos envolvidos nessa função psíquica.

Reconhecemos que, assim como nas abordagens com pressupostos mais biológicos, buscamos uma ideia de memória que se relaciona com a capacidade do ser humano de se inserir em uma história e poder se lembrar dela, fazendo diferenciações entre a realização do que está acontecendo no presente e aquilo que ocorreu em algum outro momento. O diferencial, porém, está no fato de que tratamos de algo mais singular do sujeito, não em estruturas cerebrais, mas em processos psíquicos (Bogochvol & Teixeira, 2017), pois “o biológico e anatômico sofrem continuamente a interferência do sujeito; diversos sintomas e patologias podem surgir diante de situações de perdas graves e muitos são superados depois” (Mucida, 2019, p. 85), escapando ao orgânico.

Retomando Bogochvol e Teixeira (2017), entendemos a memória como uma “propriedade universal da matéria viva” (p. 205), ou seja, algo que permite que o sujeito se oriente quanto à sua própria história, inclusive tendo uma história, aquilo que é seu no sentido mais singular. Ainda, é a essa memória que recorremos nos momentos de “mudanças, crises, rupturas, reviravoltas da existência, [para] dar um sentido de continuidade, unidade, identidade” (Bogochvol & Teixeira, 2017, p. 205) à experiência subjetiva de cada um.

Freud (1896/1996) pensou a memória em tempos. Embora diferentemente da definição proposta por Dalgarrondo (2019), estes estão entrelaçados e em relação com a atemporalidade do inconsciente. O primeiro tempo seria os traços inconscientes mais arcaicos do psiquismo, as primeiras marcas do que foi vivido – traços de memória inconscientes, por vezes impossíveis de serem lembrados, mas que se imprimem nas vivências e associações posteriores, ao longo de toda a vida de uma pessoa. O segundo tempo compreende traços que podem ser lembrados, às vezes como lembranças propriamente, outras vezes como sensações, imagens, sonhos ou sintomas, por isso acessados parcialmente e encobertos com outros traços. Por fim, o terceiro tempo é representado pelas lembranças que podem ser nomeadas, aquelas que são mais claras para o falante. A exemplo desse terceiro tempo temos as histórias que contamos aos outros. Vale lembrar que mesmo quando contamos a alguém algo que nos parece muito claro apresentamos traços desses três tempos evidenciando palavras, afetos e esquecimentos – lembranças que não vieram à consciência – (Freud, 1896/1996).

Nesse sentido, convocamos Mucida (2019) para nos auxiliar na compreensão de que a memória tem muito mais relação com “marcas que não se apagam” (p. 85) do que

com memórias que estão o tempo todo presentes e de forma completa. Um segundo ponto crucial apontado pela autora é o fato de que ela não está diretamente relacionada com o acontecimento dos fatos, mas como as impressões deles. Elas são lembradas, reinterpretadas e reassimiladas a partir do enlace entre as antigas e as novas experiências vividas pelo sujeito.

Demência e velhice: algumas reflexões a partir da Psicanálise

Para além da problemática que tanto um diagnóstico de demência quanto a própria velhice exigem da clínica, o que há na base da experiência subjetiva é a noção de atemporalidade do inconsciente. Mucida (2019) nos convoca a olhar na direção do tratamento, abordando essa atemporalidade, sem desconsiderar necessariamente o tempo lógico, chamando a atenção para a clínica com pessoas idosas com condução pelos fundamentos do tratamento da neurose em Freud e Lacan, a partir da associação livre, ou seja, permitindo ao sujeito dizer, utilizando-se da linguagem, aquilo que vier à cabeça, possibilitando a introdução do inconsciente e, assim, da situação analítica.

O trabalho a partir da demência nos convida a um olhar para a família do paciente que tem o diagnóstico, no lugar de oferecer escuta ao sofrimento e angústias, presentes no progresso da doença, sucessivamente às perdas do paciente e o não reconhecimento dessa família, advindos do diagnóstico. Assim, o tratamento analítico se dá pelo processo de luto também da família, anterior à morte do paciente, mas diante do Real que se instala com o horizonte da finitude da vida que está para cada um no processo do envelhecer. A partir da transferência, é possível conduzir a análise do familiar no processo de luto e outras queixas que surgirem ao longo da situação analítica.

Vale lembrar que sem transferência não há análise (Mucida, 2019). Com isso, questionamos o trabalho com o sujeito que tem demência: como se estabelece a transferência?

Antes de iniciarmos esse percurso, é interessante observar que Maurano (2006) afirma que a transferência está para todas as relações. A autora marca uma diferença entre a posição do médico e a posição do analista, ao mencionar que tal distinção se dá pelo manejo da transferência.

O médico vale-se da autoridade nele investida e vai na direção da supressão do sintoma, desconsiderando as resistências que se colocam quanto a isso. Para ele, não importa o que o sintoma representa ali, importa eliminá-lo. A transferência fica intacta e não constitui objeto de tratamento (Maurano, 2006, p. 19).

Retomando Goldfarb (2004), é possível perceber no discurso de pessoas idosas o medo da velhice, de doenças como Alzheimer, do esquecimento, e de se chegar a um quadro demencial, mas isso não se dá somente na clínica, no consultório ou em instituições de saúde. Esse discurso aparece também em outros espaços, no dia a dia, não para todos, mas em sua grande maioria.

O termo demência, segundo Goldfarb (2004), a partir de uma visão médica da palavra, apresenta uma amplitude de doenças com diferentes evoluções, prognósticos parecidos, em alguns casos progressivos e até mesmo irreversíveis, como menciona a autora, com uma

junção de sintomas, na maioria dos casos afetando diretamente a memória, de onde surgem os esquecimentos frequentes e perturbações cognitivas. A autora ainda aborda uma concepção da demência a partir da depressão, muito presente em pessoas idosas, trazendo em suas palavras uma reflexão para o modo como se dão os diagnósticos:

a pessoa que se deprime e se demência têm muito, até um excesso, de sofrimento, de angústia, de perda. Os melhores métodos diagnósticos não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e, fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos. Só podem detectar perturbações morfológicas e funcionais no substrato material destas funções psíquicas tão imateriais. Além do mais, a maioria dos diagnósticos ainda são feitos por exclusão de outras patologias (Goldfarb, 2004, p. 47).

Além disso, existe uma dificuldade importante a ser considerada na clínica sobre a hipótese diagnóstica, quando se apresenta um caso de perda de memória natural devido à idade e possibilidade de um início de quadro de demência, por não existir especificamente um consenso que valide organicamente tal hipótese. Por isso, Goldfarb (2004) ressalta a importância da escuta mais aprofundada da subjetividade diante da queixa nos ditos transtornos de memória, ou seja, o que há de mais profundo na subjetividade daquela pessoa e que traz o esquecimento.

Por outro lado, Goldfarb (2004) menciona que Freud já abordava algo da *demência precoce* e *parafrenia*, terminologias da época, mas que se relacionavam a casos de histeria e psicose. Como citado no início deste artigo, pouco se falava sobre a velhice; ainda assim, já tínhamos alguma ideia sobre as noções de frustração, desapontamento e desamparo.

Seguindo esse percurso, Freud e Breuer (1895/2016) apresentam uma consideração importante ao falar das afasias. Eles elaboram um instrumento de linguagem e diferenciam a representação da palavra e a representação de objeto. Não se trata de um aparelho de linguagem já estabelecido desde o nascimento, mas daquilo que se constitui com o tempo, que se faz ali um por um, gerando novos aparelhos de linguagem, e assim sucessivamente. Dessa forma, temos a formação das representações nas quais se torna possível a recordação. Aqui, temos uma visão ainda de um Freud neurologista, mas que, a partir do que já foi apresentado anteriormente, nos abre brechas para avançar na direção a que queremos chegar: “o aparelho psíquico é, fundamentalmente, um aparelho de memória. Assim, esta não seria uma simples qualidade do aparelho psíquico e sim sua qualidade fundamental. O sistema psíquico seria o responsável pela memória e pelos acontecimentos psíquicos em geral” (Goldfarb, 2004, p. 73).

Em *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud (1914/2010) chama a atenção para a questão do tempo e da memória ligados ao que nomeia de mecanismos de defesa referentes à repetição e à resistência, os quais aparecem na clínica. O trabalho analítico, portanto, dispõe sobre não buscar identificar a verdade da história do sujeito em suas recordações, não buscar sentido ou qualquer ordem lógica.

Para que esses conteúdos reprimidos, repetidos, resistidos passem a formar parte da história do eu, faz-se necessário um trabalho de elaboração, isto é, de simbolização. É esse justamente o trabalho da análise tal como Freud a entendia: transformar a

repetição em lembranças. No curso da análise, o paciente não lembra o esquecido reprimido, mas o repete como atuação, repete na transferência. Repetição que está a serviço da resistência. Repetição do reprimido, próximo e ameaçador, repetição nos sintomas (Goldfarb, 2004, p. 82).

Assim, podemos encontrar a afirmação de Goldfarb (2004) sobre a doença que atinge a memória de uma pessoa, definindo-a como uma espécie de impulso em sua atualidade, tendo uma origem anterior reprimida, e não sendo simplesmente um acontecimento passageiro. É justamente desse ponto, daquilo que foi reprimido, que o analista deve manejar no discurso do paciente. Percebemos com isso que o tempo também aparece como algo passível de ser colocado em questão. O inconsciente seria, portanto, esse lugar onde o sujeito pode retornar.

Pensando na clínica a partir da Psicanálise, torna-se fundamental fazer menção ao inconsciente. Com este não se desconsidera o tempo cronológico dos acontecimentos da história de vida de cada pessoa, mas a noção de pulsão (como Freud nos apresenta no início dos seus escritos técnicos), aponta para uma outra organização da linguagem, na qual aparece a atemporalidade do inconsciente (Goldfarb, 2004).

Fazendo menção ao *Mal-estar na cultura* (Freud, 1930/2010), Goldfarb (2004) nos traz a relação do “homem” moderno com o tempo, a partir da não implicação em relação à veracidade no discurso do sujeito:

A relação do homem com o tempo, tal como nos aparece na modernidade, não pode mais ser pensada sem que se dê atenção às contribuições da psicanálise sobre este tema. A psicanálise chama a atenção para o não-linear, para o que resiste a qualquer cronologia, para os desvios, para as nuances e, sobretudo, para a história vivencial construída de memória emocional. A memória emocional declara a presença do desejo em sua relação com a temporalidade e questiona o conceito de verdade (Goldfarb, 2004, p. 95).

Torna-se importante escutar a história da vivência do sujeito inserida em suas diferentes representações por meio do discurso ou pela linguagem. Dois fragmentos de casos clínicos conversam com a discussão tecida aqui. Na primeira experiência, foi possível perceber a dificuldade de escuta da subjetividade do paciente em estado inicial da demência, o qual tinha como maior questão em sua família a irritabilidade dentro e fora de casa. Um homem, de 87 anos, aposentado, precisou romper bruscamente as poucas atividades devido, inicialmente, a um câncer de próstata e outros problemas de saúde. Posteriormente, entrou no quadro demencial, perdendo a autonomia a cada dia, precisando mudar quase totalmente seus hábitos diários, como sair sempre acompanhado de algum familiar ou tendo seu trajeto e atividade comunicados à família por pessoas conhecidas do bairro onde mora. Ou seja, sua autonomia e privacidade estavam reguladas o tempo todo.

As perguntas que nos convocam são: É possível não adquirir algum grau de irritabilidade diante de mudanças tão drásticas? É possível que se aceite todas as imposições médicas e familiares sem qualquer resistência? É possível ainda se fazer entender tão simplesmente a perda de sua autonomia e privacidade, em que até um banho (não tão simples para o sujeito em questão) rotineiro precisa ser imposto, controlado e vigiado?

Em um segundo caso, uma mulher de aproximadamente 90 anos, com possível diagnóstico de Alzheimer, inicia a psicoterapia ao retornar de uma consulta com o

oftalmologista. O filho, que estava à frente dos cuidados da paciente, relatou sobre tal consulta médica, demonstrando incômodos e impaciência com a mãe, pois o médico havia tentado aplicar um colírio sem sucesso. Na consulta médica, ela se irritava, encolhia-se e balbuciava um choro infantil, demonstrando completa resistência ao ato do médico. Durante o relato do filho, é possível observá-la sorridente, cantarolando e batendo palmas, aparentando somente alguns incômodos nos olhos, sem nenhum alarde. Então, houve a proposta de tentar aplicar o colírio durante o atendimento, obtendo-se sucesso. A questão que se abre é: do que nos propomos a tratar no quadro demencial, da demência ou de quem apresenta demência?

Tratando-se do quadro demencial na velhice, temos um encontro também com a cultura na qual o sujeito está inserido. Muitas vezes é esta que promove uma morte social aos velhos, segundo Mucida (2019), privando-os de ocupar espaços sociais. Até onde essa particularidade de morte pode interferir na organização do sujeito, reduzido à superproteção da família, por exemplo, em sua perda de autonomia, como referido no início deste trabalho, e tantas mudanças na rotina advindas do diagnóstico de demência? Até onde tudo isso pode interferir, de fato, na memória do sujeito? O que oferecer como clínica?

Que clínica há a oferecer ao sujeito com demência?

A proposta da clínica psicanalítica diante de um processo demencial é a aposta na existência de um sujeito do inconsciente, que possa emergir por meio da linguagem. É poder retomar algo desse corpo erogeneizado, mas não só pela demanda de cuidados orgânicos, físicos ou qualquer outro que se encaixe num modelo de tratamento médico. A aposta é na relação desse sujeito com o Outro, partindo do princípio do desejo do analista em ocupar esse lugar na situação analítica. Localizar nesses sujeitos não o sentido de seu discurso, na ordem das palavras ou do tempo, mas no Simbólico permanente, em seu destino particular do gozo, em que possa expor o desamparo em sua face mais crua. O encontro com o Real aponta justamente para o recalque originário, deixa traços de incompletude e é inominável, e podemos localizá-lo no horizonte para cada um, que é a finitude (Mucida, 2019). A demência na velhice aponta para esse Real, seja por meio do envelhecer no próprio corpo, das doenças, das perdas dos objetos, de sintomas como esquecimento, seja do recebimento desse diagnóstico, em muitos casos.

Portanto, a concepção de desejo do analista que apreendemos em Lacan abre portas para essa aposta na clínica com o sujeito a partir de um quadro demencial. Afinal, trabalhamos justamente com o que o sujeito quer esquecer, como conclui Baldin e Marcolino-Galli (2014) com os casos de duas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi).

Segundo Maurano (2006), o desejo do analista “é o que habilita [o analista] a manejar a transferência para colocá-la a serviço do trabalho analítico, e, portanto, vencer as resistências que tentam obstaculizar o processo, já que a transferência tem duas faces: facilitação e impedimento” (p. 34-35). A escuta, como instrumento de trabalho primordial, no desejo do analista, produz em meio ao discurso do sujeito e seus significantes (e, não, significados ou sentidos) a aposta da transferência e, conseqüentemente, à situação analítica,

seja mediante o discurso verbal, da linguagem e/ou do lúdico, da arte, seja de qualquer outra via que possibilite aparecer sua subjetividade.

Isso nos remete novamente a um caso clínico, cujo paciente queria apenas um espaço onde pudesse “*sossegar*” (*sic.*). Em uma instituição, onde era manipulado, estimulado e convocado o tempo todo, tanto fisicamente (pela equipe, nos outros setores) quanto emocionalmente (também, pela família), ele queria somente curtir o silêncio. A interação se dava a partir de olhares, com um sorriso largo e lágrimas, ao mesmo tempo. Quando era possível que falasse, surgia em seu discurso lembranças da infância, de quando brincava e tocava violão para os vizinhos, no interior de Pernambuco, cantando a música “Asa Branca”, que recordava sua esposa já falecida e momentos que embalaram seus romances. Em seu discurso, havia uma mistura de acontecimentos desordenados que se confundiam com o passado, um amor perdido e a atualidade, numa relação conturbada com o filho, que lhe oferecia os cuidados necessários.

Dessa forma, a partir da concepção do discurso do analista, ou seja, o analista emprestando-se como objeto que falta, abre-se a situação analítica. Maurano (2006) explicita essa afirmação mencionando que,

através da transferência, ele se faz semblante do objeto que é causa de desejo para o sujeito. Ou seja, quando convocado pela transferência, presta-se a fazer de conta que é esse objeto que falta, e com isso descortina-se o modo de o sujeito operar com seu desejo. Assim, o que caracteriza um analista em sua função não é agir histericamente como sujeito dividido, demandante, nem como mestre ou universitário (p. 60).

A função do analista é sustentar que esse outro fale, independentemente do que fala, mas que o que opere ali seja um discurso produzido a partir do inconsciente, e cuja memória se faz representante de uma experiência viva, ainda que os caminhos pelo qual se tece não sejam necessariamente reconhecíveis ao outro.

Por fim, para encerrar este artigo, utilizamos a sublimação com um trecho da canção “Resposta ao tempo”, cantada por Nana Caymmi, para abordar a relação do tempo como sentido, ordem e lógica e a concepção de sujeito do inconsciente, o agente condutor da situação analítica:

E gira em volta de mim / Sussurra que apaga os caminhos / Que amores terminam no escuro / Sozinhos / Respondo que ele aprisiona / Eu liberto / Que ele adormece as paixões / Eu desperto / E o tempo se rói com inveja de mim / Me vigia querendo aprender / Como eu morro de amor / Pra tentar reviver / No fundo é uma eterna criança / Que não soube amadurecer / Eu posso, ele não vai poder / Me esquecer (Bastos, 1998).

Considerações finais

Este artigo se propôs a discutir a velhice embasando-se na clínica psicanalítica, a qual nos possibilita um olhar diferenciado para o sujeito, marcando uma condução do tratamento pela via da possibilidade de equívoco, do não-saber. Apesar de no início de seus estudos Freud e Lacan não se voltarem a essa clínica, possibilitaram se pensar o inconsciente, o que nos abriu portas para a complexidade da clínica e suas vicissitudes, cuja aposta clínica se dá em

virtude da particularidade e subjetividade de cada paciente, no caso a caso do trabalho com o sujeito do inconsciente em estado demencial. Apesar disso, ainda são poucos os trabalhos que abordam tal especificidade, ao mesmo tempo que cada vez mais o público idoso procura a experiência analítica, seja nos consultórios privados, seja em instituições públicas de saúde. Se quisermos fazer jus à multiplicidade de possibilidades da escuta analítica e ao chamado de Lacan para estarmos atentos à subjetividade de nossa época, o envelhecimento populacional é um fenômeno evidente contemporaneamente no mundo todo. Precisamos também nos abrir a essa escuta.

Em cada relato deste artigo, observamos o surgimento do sujeito em sua singularidade, vivência e história de vida. Em Mucida (2019), vimos que a demência se trata de uma perturbação mental, não sendo necessariamente parte do envelhecimento natural. Na clínica temos possibilidades de tratamento do sujeito pela oferta de uma escuta única, por meio do desejo do analista, o qual aponta uma barra para o discurso do mestre: sustentando o lugar de não-saber. A noção da atemporalidade do inconsciente proporciona desafios no trabalho analítico, mas também abre brechas para o desbloqueio da resistência.

Referências

- Baldin, T. & Marcolino-Galli, J. (2014). Considerações sobre sujeito, memória e linguagem, a partir da escuta dos relatos de duas idosas institucionalizadas. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 153-177. Recuperado em 06/04/2024 em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/21705/15961/55672>>
- Bastos, C. (1998). “Resposta ao Tempo”, interpretada por Nana Caymmi. *Resposta ao Tempo*, Rio de Janeiro: EMI Music Brasil.
- Bogochvol, A. & Teixeira, A. (2017). Memória. In Teixeira, A. & Caldas, H. (Orgs.). *Psicopatologia lacaniana I: Semiologia*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. & Breuer, J. (2016). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 2 – Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Carta 52. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud, S. (2010). Psicoterapia. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 6 – Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O Caso Dora”) e outros textos (1901-1905)* (1a ed.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 12 – Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 12 – Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).

- Freud, S. (2010). A transitoriedade. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 12 – Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2021). O infamiliar/Das Unheimliche. In S. Freud. *O infamiliar e outros escritos / Sigmund Freud; seguido de O homem de areia / E.T.A Hoffmann (1ª ed., 2ª reimp.)*. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2011). O Eu e o Id. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 16 – O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2010). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Obras Completas: Volume 21 – O mal-estar na civilização (1929-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In S. Freud. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Volume XXIII – Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Graham, C. & Holden, W. (2018). *Minha aventura contra o Alzheimer: memórias de um homem que sobreviveu à guerra do Iraque, foi diagnosticado com a doença, formou uma família e encarou uma jornada contra o tempo e seu destino* (B. Alexander, Trad.). Rio de Janeiro: Globo.
- Goldfarb, D. C. (2004). *Do tempo da memória ao esquecimento da história: um estudo psicanalítico das demências*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Maurano, D. (2006). A transferência: uma viagem rumo ao continente negro. In D. Maurano. *Psicanálise Passo-a-passo 72*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Messy, J. (1992) *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. São Paulo: Aleph.
- Mucida, A. (2019). *O sujeito não envelhece: Psicanálise e velhice* (2ª ed. rev., 4ª reimp.). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Old age and dementia: what kind of clinic can we offer to the subject?

Abstract

The clinic with old age, especially when we follow cases of patients affected by dementia, it cannot be done without managing transference and obstacles. The family, caregivers, doctors, other specialist colleagues in the clinical area are listened, the patient with dementia is often the last to be listened to and, even so, seen as someone who “says nothing about nothing”, “has no logic in speech” or “cannot answer logical questions”, statements commonly heard by these same respondents. From an organic point of view, these patients have a considerable cognitive deficit, which leads professionals to disregard what they say. Through psychoanalysis, however, we come across another order of knowledge, which places the subject at the center of the discussion, considering the role of listening to the subject and its effects based on the analyst’s desire. As final considerations, we consider that although at the beginning of psychoanalysis, listening to the elderly was not the target of major investigations, listening to the unconscious opened doors to the complexity of the clinic and its vicissitudes, making listening to old age a possible clinic, and whose clinical focus is given due to the particularity and subjectivity of each patient, in the case of working with the subject of the unconscious in a state of dementia. When the notion of dementia as a mental disorder, not necessarily the result of natural aging, is expanded, we offer a treatment to the subject based on the place of the subject’s knowledge.

Keywords: Psychoanalysis, Old age, Dementia, Memory, Medical speech.

Vieillesse et démence : quel type de clinique pouvons-nous offrir au sujet ?

Résumé

La pratique clinique de la personne âgée, et notamment lorsque nous suivons des cas de patients souffrant de démence, ne peut se faire sans gérer le transfert et divers obstacles. La famille, les soignants, les médecins et autres collègues spécialistes du domaine clinique sont écoutés, mais le patient atteint de démence est souvent le dernier à être entendu et, même ainsi, perçu comme quelqu’un qui « n’a pas de sens », « ne présente pas de logique dans son discours » ou « ne peut pas répondre à des questions logiques », des affirmations couramment entendues par ces mêmes personnes interrogées. D’un point de vue organique, ces patients présentent un déficit cognitif considérable, ce qui conduit les professionnels à ne pas tenir compte de ce qu’ils disent. Mais à travers la psychanalyse, nous rencontrons un autre ordre de connaissance, qui place le sujet au centre de la discussion, en réfléchissant au rôle de l’écoute du sujet et à ses effets

en fonction du désir de l'analyste. Comme considérations finales du travail, nous considérons que, bien qu'au début de la psychanalyse, l'écoute des personnes âgées n'ait pas été l'objet de grandes recherches, l'écoute de l'inconscient a ouvert les portes à la complexité de la clinique et de ses vicissitudes, faisant de l'écoute de la vieillesse une clinique possible, et dont la focalisation clinique est due à la particularité et à la subjectivité de chaque patient, dans le cas du travail avec le sujet de l'inconscient en état de démence. Lorsque la notion de démence est élargie en tant que trouble mental, pas nécessairement le résultat du vieillissement naturel, nous proposons au sujet un traitement basé sur ses connaissances.

Mots-clés: Psychanalyse, Vieillesse, Démence, Mémoire, Discours médical.

Vejez y demencia: ¿qué tipo de clínica podemos ofrecer al sujeto?

Resumen

La práctica clínica de la vejez, y especialmente cuando seguimos casos de pacientes con demencia, no puede realizarse sin gestionar la transferencia y diversos obstáculos. Se escucha a la familia, a los cuidadores, a los médicos y a otros colegas especialistas en el ámbito clínico, pero muchas veces el paciente con demencia es el último en ser escuchado y, aun así, visto como alguien que “no tiene sentido”, “no presenta lógica en su discurso” o “no puede responder a preguntas lógicas”, afirmaciones comúnmente escuchadas por estas mismas personas al ser interrogadas. Desde un punto de vista orgánico, estos pacientes tienen un déficit cognitivo considerable, lo que lleva a los profesionales a no tener en cuenta lo que dicen. A través del Psicoanálisis, sin embargo, nos topamos con otro orden de conocimiento, que sitúa al sujeto en el centro de la discusión, pensando el papel de la escucha del sujeto y sus efectos a partir del deseo del analista. Como consideraciones finales del trabajo, consideramos que, si bien en los inicios del Psicoanálisis la escucha de las personas mayores no fue objeto de grandes investigaciones, la escucha del inconsciente abrió puertas a la complejidad de la clínica y sus vicissitudes, haciendo de la escucha de la vejez una clínica posible, y cuyo enfoque clínico se debe a la particularidad y subjetividad de cada paciente, en el caso de trabajar con el sujeto del inconsciente en estado de demencia. Cuando se amplía la noción de demencia como un trastorno mental, no necesariamente resultado del envejecimiento natural, ofrecemos al sujeto un tratamiento basado en el conocimiento del sujeto.

Palabras clave: Psicoanálisis, Vejez, Demencia, Memoria, Discurso médico.

Recebido em: 18/07/2024

Revisado em: 23/01/2025

Aceito em: 27/01/2025