

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC – SP

José Carlos Zeppellini Junior

DEMÊNCIAS: IDENTIDADES QUE ADOECEM  
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS  
DO ENVELHECIMENTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC – SP

José Carlos Zeppellini Junior

DEMÊNCIAS: IDENTIDADES QUE ADOECEM  
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS  
DO ENVELHECIMENTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof., Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

---

---

---

A todos aqueles que, de alguma forma,  
contribuíram para a realização desse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Laboratório de Psicopatologia Fundamental, no qual fui acolhido de maneira excepcional. Aos seus membros e pesquisadores, que com suas contribuições e trabalhos pessoais, contribuíram de maneira enriquecedora para a realização desta dissertação, bem como para meu amadurecimento clínico.

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, pela maravilhosa intensidade com que orientou este trabalho. Obrigado pelos comentários, pelos inúmeros ensinamentos, pela confiança e pelo carinho.

A Delia Catullo Goldfarb e Fani Hisgail, pela sensibilidade clínica e pelo conhecimento compartilhado.

À Ana Cecília Magtaz, por ter acreditado e apostado em mim. Obrigado por ter me aberto a importante porta do Mestrado.

À Vivian Regina Tristão que, com amor e dedicação, contribuiu de maneira importante nos momentos difíceis.

Aos meus familiares.

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A Cappes, pelo valioso financiamento.

Por fim, a todos os pacientes que fizeram, de alguma forma, parte deste trabalho.

Olha estas velhas árvores, mais belas  
Do que as árvores novas, mais amigas:  
Tanto mais belas quanto mais antigas,  
Vencedoras da idade e das procelas...

O homem, a fera, e o inseto, à sombra delas  
Vivem, livres de fomes e fadigas;  
E em seus galhos abrigam-se as cantigas  
E os amores das aves tagarelas.

Não choremos, amigo, a mocidade!  
Envelheçamos rindo! envelheçamos  
Como as árvores fortes envelhecem:

Na glória da alegria e da bondade,  
Agasalhando os pássaros nos ramos,  
Dando sombra e consolo aos que padecem!

(Olavo Bilac)

## SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 ENVELHECIMENTO: EVENTO CONTEMPORÂNEO OU COISA DO PASSADO?.....	6
3 O SURGIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DA GERIATRIA E DA GERONTOLOGIA.....	9
4 A IMAGEM SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL.....	13
5 DEMÊNCIAS.....	19
6 PSEUDODEMÊNCIAS.....	24
7 A PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	29
8 UM LUGAR PARA O PSICOPATÓLOGO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO E PSICOTERAPÊUTICO DAS DEMÊNCIAS.....	33
9 ASPECTOS METODOLÓGICOS: O MÉTODO CLÍNICO.....	40
10 CASOS CLÍNICOS.....	42
10.1 CASO CLÍNICO 1.....	42
10.1.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso Clínico 1....	49
10.2 CASO CLÍNICO 2.....	57
10.2.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso Clínico 2...	70
10.3 CASO CLÍNICO 3.....	80
10.3.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso Clínico 3 ..	83
11 EROTISMO E ENVELHESCÊNCIA: CONSIDERAÇÕES NO CAMPO DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	88
11.1 O CLÍNICO COMO FACILITADOR NO TRABALHO PSÍQUICO DE ENVELHESCÊNCIA.....	95
12 CLÍNICA COM IDOSOS EM PROCESSO DE DEMÊNCIA: ASPECTOS TRANSFERENCIAIS E METAPSICOLÓGICOS.....	98

12.1 ESTADO DEPRIMIDO E DEPRESSIVIDADE NO PROCESSO DE ENVELHESCÊNCIA E NAS SÍNDROMES DEMENCIAIS.....	98
12.2 ÓDIO, EROS, LUTO E MELANCOLIA NA CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS.....	108
12.3 COMPORTAMENTOS REPETITIVOS NAS DEMÊNCIAS: SIGNIFICADO SIMBÓLICO OU PURA TEIMOSIA?.....	118
12.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS A RESPEITO DA TRANSFERÊNCIA.....	121
<b>13 CONCLUSÃO: A EXPERIÊNCIA DA RELEITURA, O SONHO E A CONSTRUÇÃO DE UMA HIPÓTESE METAPSICOLÓGICA A RESPEITO DOS DESENVOLVIMENTOS DEMENCIAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>146</b>



## RESUMO

O ser humano vem atingindo idades cada vez mais elevadas. Civilizações ao redor do globo estão submersas em um irreversível processo de envelhecimento populacional – o que afeta não só as diversas culturas como, também, nos coloca diante de questões mais singulares e mais subjetivas a respeito do trabalho psíquico intrínseco à passagem da fase adulta para a fase senil da vida. A Psicopatologia Fundamental – a partir de sua dedicação a compreensão do fenômeno *páthico* como constituinte do sujeito – nos oferece, juntamente com a metapsicologia psicanalítica e a prática clínica, uma riqueza de materiais que nos auxilia na compreensão dos aspectos psicológicos da senescência e da senilidade. As demências senis se apresentam como um fenômeno psicopatológico típico desta etapa da vida e que afeta não só o paciente, mas todos aqueles com quem convive. Portanto, o objetivo deste trabalho, além de ampliar o conhecimento a respeito deste quadro sintomatológico, é o de pensar a clínica psicopatológica como um terreno fértil e terapêutico, capaz de propiciar, através da transferência, um encontro saudável entre os diferentes tempos psíquicos e a natureza do corpo que envelhece.

Palavras-chave: demências. envelhecimento. envelhescência. pathos. psicopatologia fundamental.

## **ABSTRACT**

The human has been reaching higher and higher ages as time goes by. Civilizations all over the world are going through an irreversible process of aging populations – which does not affect only several cultures but also makes us face more singular and subjective questions related to psychic work that deals with the passage from adulthood to the senile phase of life. Fundamental Psychopathology - from the point of view of its dedication and comprehension of pathic phenomenon as a constituting art of the individual – offers us, along with the psychoanalytical metapsychology and clinical practice, a rich material that assists us in the comprehension of the psychological aspects of natural aging and senility. Senile dementia present themselves as a psychopathological phenomenon, typical of this phase of life, that not only affect the patient, but also all those around him. Therefore, the goal of this paper, besides amplifying the knowledge of this symptomathological picture, is to consider the psychopathological as a fertile and therapeutical ground, able to supply, through transference, a healthy meet among the several psychic moments and the nature of the aged body.

Key-words: dementias. process of aging. envelhescência. pathos. fundamental psychopatology.

## **1 Introdução**

Meu interesse pelo envelhecimento do ser humano vem de longa data. Talvez ele tenha sido plantando, simultaneamente, com os carinhos e com os ensinamentos que vieram dos avós em minha história. Talvez essa semente tenha sido regada no transcorrer da vida, com as primeiras perdas.

A morte é mesmo tão companheira da velhice? Talvez essa tenha sido, ou ainda seja, uma das grandes questões da minha história.

Minha infância transcorreu ao lado dos avôs e das avós. Brincamos de fantoches, de bola e de baralho. Brincamos de contar e de escutar histórias para dormir. Brincamos de falar sobre a vida, de nos alegrarmos e nos entristecermos com ela.

Talvez meu respeito e interesse pelos idosos advenham desses momentos e de seus desdobramentos. Mais precisamente da profundidade com que essas experiências se enraizaram em minha memória. Lembranças que se encontram e se distanciam com o passar das imagens; das emoções que brotam e dos afetos que produzem tantos e tantos pensamentos. As gravuras mnêmicas de tantas experiências talvez sejam as responsáveis pela autoria deste trabalho. Uma autoria que tingem as palavras, que lhes dá corpo por serem frutos de experiências, tanto clínicas quanto sócio-familiares, mas todas presentes na memória. Presentes como identidade.

Esse interesse acabou ganhando forma de escrita, ao se tornar o tema de meu trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Psicopatologia – NAIPPE/USP realizado em 2003 e 2004.

“*O mal-estar no envelhecimento: sujeitos, pathos e as quatro estações*”.

Este acabou sendo o título do trabalho. Digo “acabou” porque ele foi a última coisa a ser escolhida.

Até o início do curso de especialização, toda a experiência que eu havia tido com idosos se resumia ao trabalho voluntário que, com um grupo de profissionais, tinha realizado com as moradoras de um antigo hospital psiquiátrico de São Paulo.

Era-me clara a falta de experiência clínica com idosos e, portanto, tornava-se necessário encontrar um espaço no qual eu pudesse desenvolver um trabalho com essa população específica.

Procurei, durante algum tempo, idéias sobre bons locais de trabalho. Asilos? Instituições Psiquiátricas? Albergues? Todas essas possibilidades exerciam uma certa atração, porém nenhum desses locais me daria a oportunidade de fazer parte de um ambiente que olhasse o idoso em toda a sua pluralidade.

Acabei encontrando dois “lugares”, dois espaços especiais de pesquisa e experiência humana, que mantêm um constante discurso com a *polis*, ou seja, com diversos campos de saberes dedicados ao mesmo objeto.

O Setor de Geriatria de um Hospital Geral possibilitou-me o contato com o trabalho multidisciplinar propriamente dito. Como psicólogo, participei de grupos nos quais havia a presença de fisioterapeutas, neuropsicólogos, neurologista, geriatras.

Não vou entrar no mérito do quanto cada discurso era valorizado ou do quanto cada “escola” de saber estava disposta a ouvir e a re-pensar suas próprias atitudes. Penso que este exercício é parte integrante de todo e

qualquer trabalho multidisciplinar e, portanto, exige investimento, diplomacia e trabalho árduo.

O outro “lugar” foi o Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC de São Paulo. Ali, encontrei um fecundo ambiente para a produção de um trabalho. Esse exercício não se restringe ao ato de escrever; mais do que isso, diz respeito ao desenvolvimento de uma escuta, de um olhar, de uma postura clínica que se sustenta na narrativa da experiência. No meu caso, a do envelhecer.

Durante três anos eu transitei pelos espaços do Setor de Geriatria de um hospital de São Paulo. Trabalhei na enfermaria geriátrica, acompanhando não só pacientes em seus leitos, mas também seus familiares, suas paixões, seus sofrimentos... seus *pathos* (falaremos mais sobre esse conceito adiante).

Atendi pacientes nos ambulatórios e nos leitos da enfermaria. Realizei atendimentos em grupo, participei de reuniões com familiares e inundeimei-me com meus próprios sentimentos e pensamentos diante de tantas experiências.

Fui tocado, com o passar dos dias, por um tipo de sofrimento que apartava o idoso de sua história. Essa história, muitas vezes, era o grande tesouro que tantos deles compartilhavam comigo, enquanto sentados em suas macas ou cadeira do consultório.

As demências foram-se apresentando como um enigma. Como algo que produzia um corte abrupto na continuidade da vida daqueles sujeitos. Passei a prestar atenção na forma como se apresentavam. Estavam sempre sentados, calados, ao lado de familiares, de amigos, que para eles passavam a ser apenas “cuidadores”.

O interesse fez-me entrar num Ambulatório de Geriatria Cognitiva, que tratava, exclusivamente, de pacientes com demências de vários tipos. Dessa forma pude conhecer um pouco mais sobre a particular dinâmica clínica oferecida aos pacientes em processo de demência e seus cuidadores.

Os pacientes iam e vinham calados. Na maioria das vezes era apenas o cuidador que poderia oferecer os dados mais importantes sobre o estado do paciente.

Encontrei, então, o meu lugar clínico de interesse. Eu queria ouvir esses pacientes. Queria saber suas histórias – ou o que restava delas. Queria ouvir seus silêncios, suas confusões, suas repetições e esquecimentos. Queria saber de que forma a subjetividade se expressava por intermédio de uma síndrome demencial. Como eram as coisas antes do adoecimento? O que veio antes dos esquecimentos? O que ainda era possível ser lembrado e o que era esquecido com tamanha força, que acabava levando consigo partes do ego do paciente?

Em todas as histórias que pude ouvir, tanto dos pacientes em processo demencial quanto de seus companheiros, imperava a presença da tristeza.

Às vezes, o triste contava suas histórias, relatos da impossível elaboração de ter um filho falecido, ou de uma viuvez extremamente sofrida. Outras vezes, falava sobre o custo do envelhecimento do corpo, e do quanto esse preço se tornava alto demais para ser vivido de forma muito consciente.

Histórias nas quais o passado servia de refúgio contra a desoladora tristeza da atualidade. Histórias de um abandono do prazer possível do envelhecimento.

Este trabalho trata, portanto, de algumas dessas histórias e de seus impactos na clínica, no texto e, portanto, em seu autor. Dedicar-se, especificamente, ao enigma que nasce com o desenvolvimento de síndromes demenciais com base numa tristeza **na** e **da** velhice.

Por fim, gostaria de ressaltar que, por se tratar de um tipo de adoecimento com profundas repercussões fisiológicas e psíquicas, terei de fazer uma apresentação das demências, de suas características patológicas, etiológicas e epidemiológicas. Contudo, apesar de necessária para uma compreensão melhor do conjunto, a questão nosográfica das demências é tratada da forma mais clara e objetiva que consegui produzir. Algumas vezes, as observações provenientes da clínica surgem no meio de textos mais explicativos sobre a doença.

Não me foi possível e, sinceramente, nem desejado, constituir um texto no qual os frutos da experiência clínica ficassem restritos aos casos abordados e às discussões de algumas de suas possíveis elaborações metapsicológicas.

## **2 Envelhecimento: evento contemporâneo ou coisa do passado?**

É interessante como o Humano se preocupa com as questões que dizem respeito a sua saúde. Sempre buscando estender sua permanência no jardim da vida, acaba desenvolvendo e especializando olhares (audições, tatos, paladares...) com o intuito de pesquisar e dominar o curso da sua própria existência.

É comum encontrarmos no início de textos que tratam do tema, envelhecimento, dados numéricos sobre o aumento considerável desse grupo social. Essa apresentação estatística pode, muitas vezes, passar a impressão de que o envelhecimento populacional é uma questão recente, contemporânea.

O aumento na expectativa de vida caracteriza-se como um processo em andamento desde o início da existência humana. É uma de nossas lutas mais fundamentais, apontada por diversos pensadores das mais diferentes épocas. Freud, por exemplo, como um bom naturalista, nunca deixou escapar de seu campo de estudos aquilo que nos impulsiona como sujeitos. Em seu brilhante texto, “Além do Princípio do Prazer” (1920), em que trata sobre a pulsão de morte, aponta que ela estaria, fundamentalmente, a serviço de um transcorrer *natural* da vida.

No século XIV, por exemplo, período de muitas batalhas e de estrutura de saneamento básico ainda incipiente, a expectativa de vida era baixíssima. As doenças espalhavam-se com grande facilidade, diminuindo ainda mais a expectativa de vida naqueles tempos.

Isso quer dizer que não havia “velhos”? De maneira nenhuma! Aqueles que chegavam aos 40, 50, 60 anos eram considerados anciões em sua época.



Com o passar dos anos, das décadas, a vida exige novas formas de expressão e de sustentação tanto individual como social. Assim como a infância apresenta um panorama todo particular para lidar com o *pathos*, os idosos também o fazem a sua forma.

Pessoas idosas? A partir de que idade podemos considerá-las idosas, ou velhas? Qual termo usar? Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso todo e qualquer sujeito que, habitando um país subdesenvolvido, atinja a idade de 60 anos. Já aqueles que contam com o suporte de uma economia de “primeiro” mundo, serão considerados idosos a partir dos 65 anos e, conseqüentemente, terão expectativa de vida mais elevada.

Há, contudo, uma novidade de extrema relevância a respeito do envelhecimento:

*“Devido às sucessivas quedas das taxas de fecundidade e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, estudos mostram que é irreversível o envelhecimento da população brasileira.”* (Comunicação Social do IBGE, 2004)

Além disso, os cuidados proporcionados pela Medicina atual aumentaram a expectativa de vida dos sujeitos. O envelhecimento tornou-se um fenômeno de massa, que influencia diretamente a pirâmide populacional.

Como nos organizar politicamente, economicamente, socialmente, familiarmente, narcísica e subjetivamente diante dessa realidade? Essas questões só se tornam tão relevantes quando constatamos que a espécie

humana atual é, e será cada vez mais, composta por um grande número de pessoas idosas. Esse cenário, por si só, já representa uma revolução de grande ordem.

### **3 O surgimento e o desenvolvimento da Geriatria e da Gerontologia**

Diante da constatação do envelhecimento populacional, o humano passou a preocupar-se com essa questão e a querer compreender esse fenômeno dentro dos diversos campos científicos. Tanto que, alguns deles, brotaram diante da necessidade de se dar conta do crescente número de idosos.

Um dos primeiros pontos, à primeira vista talvez não tão relevante, diz respeito ao nome dado a esta etapa da vida e quais características e valores estarão condensados nessa nomeação.

Velho ou idoso? Essa é uma questão interessante. Pude perceber, por meio do trabalho clínico com os pacientes do setor de Geriatria, que os dois termos são válidos, mas, muitas vezes, dizem respeito a pontos e qualidades diferentes. A palavra "idoso" condensa uma significação sócio-política importante. Conceitua o sujeito que ultrapassou certa idade e, tanto pela constituição local como pela sociedade, será reconhecido como pertencente a um grupo de uma dada geração. A palavra "velho", por sua vez, em nossa cultura, está ligada a coisas, ao estado ou situação do que não se usa mais, ultrapassado, obsoleto. Os pacientes, por isso, freqüentemente se sentem mais respeitados ao serem chamados de idosos do que de velhos.

Um paciente, em sua primeira consulta no hospital, perguntou-me:

*“Você já ouviu alguém falar que a camisa que fulano está usando ou que a mesa da cozinha é uma criança? Ou que determinado sapato já é um adolescente? Por que é que viram para mim e dizem que sou velho?”*

*As coisas do mundo são novas ou velhas. Portanto, as idades das pessoas têm outros nomes.”*

O vocábulo “idoso” é mais formal, mais socialmente valorizado. Há a fila dos idosos nos bancos, nos mercados. O vocábulo “velho”, contudo, pode ser usado de forma extremamente carinhosa, quando anteposto ao substantivo a que se refere, com idéia de antigüidade, de afeto. “Oh, meu velho amigo!” é um exemplo possível. Os adolescentes paulistanos, hoje em dia, costumam referir-se aos colegas e amigos como “velhos”, de forma carinhosa e respeitosa.

Claro que o valor da palavra utilizada está, principalmente, no afeto que carrega consigo e que é dirigido por quem a utiliza, bem como pelos valores subjetivos de quem a ouve. O respeito, o amor, a valorização podem estar presentes, com seus opostos, tanto na idéia de “velho” quanto na de “idoso”.

É inegável, contudo, que o corpo envelhece como objeto de investimento libidinal, assim como qualquer outro objeto que possuímos em nossa história – e isso acarreta conseqüências importantíssimas (que serão abordadas no transcorrer da dissertação). O inconsciente não envelhece, mantém-se ativo, atemporal, mas continua a habitar um corpo que, por ser temporal, lentamente torna-se inativo. Eis aí o esboço de um conflito que se apresenta a todos os indivíduos em processo de envelhecimento.

Esse corpo que envelhece a cada dia passa a exigir um lugar específico no interesse humano. E nesse processo político de ganho gradativo de importância, foram desenvolvidos campos de saber especializados.

A Geriatria, por exemplo, tornou-se um conceito científico em 1909, com as publicações de Ignatz Leo Nascher (Beauvoir, 1976, p.25). Para ele, tornava-se extremamente necessário que passássemos a cuidar dos idosos de

maneira específica, de uma forma diferente da qual cuidávamos dos jovens adultos.

Naquela época o envelhecimento era visto e estudado como sinônimo de adoecimento. O pilar dos estudos geriátricos era a idéia da degeneração gradativa do corpo e, portanto, trazia uma forte associação entre idade e patologia. O corpo, como objeto que envelhece, é, até hoje, o foco da Geriatria.

Com a construção dos pilares dessa ciência, surge o termo Gerontologia, apresentado em 1903 pelo médico russo Metchnikoff. Contudo essa especialidade tratava do estudo do processo de envelhecimento de maneira muito próxima à da Geriatria, pois destacava, de forma privilegiada, os aspectos médicos desse percurso.

Entre as décadas de 1930 e 1950, emerge e se consolida uma Gerontologia mais diferenciada da Geriatria. Desenvolve-se em direção a um campo de estudo e intervenção que considera aspectos complementares aos da Geriatria. A Gerontologia passa a se interessar pelo Idoso, em sua identidade individual e social. A velhice ganha, portanto, acesso às vias necessárias para adentrar os projetos de vida, como mais uma fase natural desta. Acaba produzindo raízes que, mais tarde, sustentariam o caule necessário para o desenvolvimento, por exemplo, do Estatuto do Idoso (2003). Esse Estatuto, além de inserir o idoso num espaço social que o reconhece como beneficiário de uma legislação singular, investe em diálogos cada vez mais interessantes com outras ciências, inclusive a própria Geriatria, e que acabam por constituir um lugar de existência ao sujeito que envelhece, na *polis*. Constata-se e afirma-se que este sujeito necessita ser visto por um olhar

integrador, multidisciplinar, para que se torne possível a integração do velho com o idoso.

#### **4 A imagem social do idoso no Brasil**

A população está envelhecendo e com ela cresce a necessidade de se repensar o papel do idoso dentro da sociedade, tanto no que se refere à criação de políticas públicas quanto – se não o mais importante – no processo de retomada da valorização dos mais velhos.

No Brasil, até muito recentemente, o envelhecimento estava totalmente atrelado ao processo de descobrimento e desenvolvimento da Colônia. Não só a invasão do território, o massacre da população indígena, a inserção do Cristianismo e de novos elementos culturais na população nativa, bem como a cultura escravocrata, foram fatores que contribuíram para uma baixa expectativa de vida. Com o passar dos anos e com a própria independência, vislumbramos a entrada do País no processo de industrialização que trouxe novos elementos de cuidado com a vida. Contudo, mergulhado em questões sócio-políticas de diversas fontes, até hoje o Brasil encontra dificuldades de desenvolvimento – o que afeta diretamente a qualidade de vida de sua população.

Frank Schirrmacher, em seu livro “A Revolução dos Idosos”, faz um levantamento que nos ajuda a compreender o envelhecimento populacional:

*“Viveremos com nossos pais e, possivelmente, com nossos avós em um mesmo eixo de tempo. Mas viveremos também – como afirmam os dados – com os nossos filhos já idosos.”* (Schirrmacher, 2004, p. 46)

Esse cenário é interessante à medida que nos aponta uma necessária reorganização familiar, pensando num tempo cronológico socialmente compartilhado.

Quem será, ou quem serão os provedores financeiros desse novo modelo familiar? Qual será o papel do idoso nessa dinâmica? Como será possível manter a individualidade e o respeito dentro de um encontro de tantas gerações num mesmo espaço? Essas e tantas outras questões sociais estão em pleno processo de formulação e resolução.

É muito comum encontrar famílias nas quais os avós acabam desenvolvendo o papel e a função de pais dos netos, diante de uma cena na qual as exigências mercadológicas deixam os pais biológicos ausentes durante grande parte do dia. A função cultural dos avós, que passavam os finais de semana com os netos, contando histórias, fazendo bolinhos de chuva para as crianças, e/ou dando conselhos aos parentes mais jovens, está sofrendo uma enorme mudança. Não existe a menor pretensão de trazer à palavra “mudança” qualquer tipo de crítica ou tom depreciativo. Pelo contrário. As mudanças são necessárias para que os grupos possam construir novas bordas de convivência e de valores.

Essa nova função, a de responsáveis pelos netos, muitas vezes pode ajudar a preencher a vida do idoso com uma sensação, ou com uma fantasia, de utilidade e importância. O sentir-se necessário possibilitaria ao ego investimentos narcísicos que poderiam colocar o idoso na revivência de sua juventude, pois deixariam de ser avós e passariam a ser os pais dos netos.

Há, nesse contexto, um modelo relacional estruturado suficientemente bom para que o idoso negue sua condição e reviva, na prática, um estatuto que



na realidade não lhe pertence. Essa situação é freqüente em quadros demenciais. O idoso passa a reviver situações ou experiências de quando jovem, perdendo o contato com a realidade do tempo presente e de sua condição atual. Nesse caso, o paciente não teria o suporte de uma prática real, mas nem por isso um paralelo entre ambas deixa de ser coerente e nos faz pensar na proximidade entre o tido normal e o patológico.

O espaço para a vivência da velhice como um processo, pode ficar extremamente comprometido. Essa condição etária pode “invadir” o ego do idoso de uma forma súbita e violenta, a partir do momento em que o papel parental com os netos não for mais necessário ou for por eles recusado.

O ego teria, dessa forma, condições de assimilar tantas mudanças corporais num curto espaço de tempo? As constatações a respeito das mudanças corporais no envelhecimento podem ser negadas, não olhadas, caso o sujeito se entregue à fantasia substitutiva de papéis mais jovens?

Ajudar a criar os netos é, e será, cada vez mais comum na população global em envelhecimento. Torna-se necessário, contudo, valorizar um espaço de subjetivação e autopercepção que permita ao idoso viver tanto os pontos positivos quanto os negativos de sua faixa etária. Esse espaço de subjetivação não seria nada além de experiências individuais e sociais, que possibilitem o contato do sujeito consigo e com um outro que o enxergue em sua idade, e que delas possa retirar elementos a serem elaborados a respeito de sua identidade e do exercício dela.

Privar-se de certas atividades, de realizar certos passeios e viagens, de curtir, de investir com prazer na própria aposentadoria (independentemente do

valor), de recebê-la e utilizá-la, pode alienar o sujeito de seu corpo envelhecido e desabrigá-lo de um lugar no mundo.

Muitas vezes a aposentadoria torna-se um representante simbólico da morte. É vista com desprezo por não ser proveniente de um trabalho realizado no tempo atual, e a impossibilidade de aceitá-la, como fruto do histórico trabalhista, impede o idoso de transformar esse dinheiro num provedor de satisfação subjetiva.

Há, também, um grupo de idosos que vivem com os filhos em suas casas. Junto, às vezes, moram noras e/ou genros, netos e/ou bisnetos. Algumas vezes, a aposentadoria é utilizada para o sustento de uma grande família – o que, definitivamente, não é a sua proposta.

O IBGE aponta que, em estudos realizados entre 1991 e 2000, foi constatado um aumento de 61% no número de chefes de família com mais de 65 anos, que conviviam com a responsabilidade de cuidar dos netos ou bisnetos. Tal fato apresenta um mapa do cenário atual, no que diz respeito aos movimentos nas estruturas familiares, que passam a contar com a participação dos idosos de uma forma bem peculiar.

Nessas situações, a casa é de quem? Quem dita as leis da residência? O que pode e o que não pode nesse lar constituído por tantas gerações diferentes?

Há os que moram sozinhos, vivem bem, mas são vistos como coitados, como se tivessem sido abandonados pela família no momento em que estão “inválidos”. Ainda é difícil para a sociedade crer que um idoso possa ser feliz morando sozinho, cuidando de si com mestria.

O aumento do número de idosos na população está produzindo a criação de interesses econômicos voltados a esse grupo específico. O que pode contribuir positivamente para a constituição de uma imagem de valor social interessante para o idoso.

Um mercado interessado em proporcionar qualidade de cidadania, sem negar certas características fundamentais do envelhecimento, pode ser muito salutar.

Hoje em dia é possível encontrar construtoras especializadas em casas e prédios mais receptivos às limitações provenientes da idade avançada. Escritórios de arquitetura montam os cômodos de acordo com a diminuição de equilíbrio, audição, visão e memória dos idosos. Há banheiros com pequenos corrimãos para ajudar no equilíbrio durante o banho. Luzes estrategicamente posicionadas e direcionadas iluminam os locais de maior trânsito da casa. Sensores de movimento acendem automaticamente as luzes dos corredores, toaletes e outros recintos.

Podemos encontrar carros que apresentam velocímetros com números maiores, mais visíveis. Câmbios e volantes adaptados a idosos que sofram de artroses etc.

Essa entrada da população idosa no mercado de consumo é fundamental. O mercado não tem interesse em negar as características do envelhecimento, fato que o descaracterizaria completamente e o tornaria inútil. Mas oferecer ao idoso uma série de objetos e instrumentos que possibilitem melhor qualidade de vida diante das limitações da velhice é fundamental.

Além da oferta de uma tecnologia específica para os idosos, a criação desse mercado oferece um tipo de investimento narcísico, vindo do social, que

pode contribuir para que o ego se mantenha como um dos alvos da libido. Possibilita que o ego continue ou volte a ser um objeto atraente de investimento.

A representação social e subjetiva do idoso na atualidade está em completo movimento de estruturação. Todos nós, crianças, jovens, adultos e idosos, somos responsáveis por esse momento de construção.

Não se pode deixar de lado, portanto, a forma como os idosos se posicionam, vêm e são vistos pelo restante da população já que esses modelos de organizações sociais podem-nos fornecer pistas sobre a dinâmica narcísica tão necessária para a constituição de uma identidade que habite a idade cronológica.

Essas questões são fundamentais, pois a moldura social dentro da qual envelhecemos afeta de forma importante as vicissitudes de nossa existência. Tais características ambientais, em conjunto com a vida psíquica e com a atualidade do corpo que envelhece, acabam por formar a equação necessária para que possamos compreender a dinâmica metapsicológica que insere o idoso no mundo ao seu redor. Essa inserção, por se tratar do humano, não se faz sem a presença do *pathos*, e a expressão deste se dá de forma particular a cada indivíduo. Podemos citar, novamente como exemplo, uma forma específica de coexistência com o *pathos*, entre tantas outras, e que se constitui como o objeto desta pesquisa: a *demência senil*.

## **5 Demências**

A demência (independente do subtipo) é uma síndrome, tida pelas ciências médicas como essencialmente orgânica e que produz alterações em diversas funções mentais. De caráter degenerativo e, portanto, crônico, esfarela progressivamente a capacidade de o paciente manter-se auto-suficiente nas tarefas cotidianas, tanto profissionais quanto sociais. (LÓPEZ-POUSA & FRANCH, 2001)

As demências caracterizam-se como pertencentes a um grupo de doenças neurológicas, que atingem em grandes proporções a vida do paciente, do cuidador, da sociedade e do sistema público de saúde. Têm, geralmente, uma longa duração e progredem para um estágio de dependência total por parte do paciente – e exige dedicação cada vez maior do cuidador e das instituições responsáveis pelo tratamento.

Por apresentar diversos sintomas, em áreas e funções diferentes do ser, a demência apresenta-se como uma doença que exige um olhar clínico calcado na multidisciplinaridade de saberes. Essa característica torna-se ainda mais relevante à medida que muitas vezes, por apresentar maior prevalência em pessoas com mais de 60 anos, está em absoluta relação com outras expressões orgânicas e psíquicas tidas como típicas do processo de envelhecimento. Dessa forma, a demência é caracterizada como uma doença senil.

Existe, contudo, uma forma de apresentação chamada pré-senil (que surge em pessoas entre 40 e 60 anos) e é tida como extremamente grave por apresentar uma evolução mais agressiva e rápida. (CANINEU, 2002)

No processo de envelhecimento natural, conhecido como senescência, observa-se um declínio natural de algumas funções fisiológicas do idoso. É passível de observação que, em cada fase da vida, o sujeito necessita adaptar-se e estabelecer relações com o ambiente no qual está inserido de acordo com suas capacidades. Com o passar dos anos e a entrada na velhice, a memória sofre um declínio natural (nada que impeça a continuidade das atividades da vida cotidiana), a massa muscular já não recupera o tônus com a mesma eficácia que na juventude, as articulações exigem atenção diante de graus diferentes de esforço etc. O humor, a personalidade, ou melhor, a singularidade psíquica do sujeito precisa, também, ser levada em conta na relação com as mudanças do seu próprio corpo e do ambiente no qual está inserido. Paciência diante de ouvidos que já não filtram os sons do mundo com a mesma habilidade, perseverança diante de movimentos não tão ágeis e criatividade e atenção para permitir a expressão vital do idoso são condições fundamentais para a manutenção da qualidade de vida. Pode-se pensar, portanto, na demência senil como uma síndrome – tanto patológica quanto psicopatológica – que, quando se insere no processo natural de envelhecimento, potencializa-o e acelera-o. Existem diferentes tipos de demência e são divididos da seguinte forma, de acordo com sua etiologia: as degenerativas primárias, as demências secundárias, as vasculares e as mistas. (CANINEU, 2002)

As demências primárias são aquelas consideradas frutos de quadros anatomopatológicos degenerativos. Isso quer dizer que a sintomatologia demencial, nesses casos, está diretamente associada a uma perda gradual, porém contínua, da estrutura funcional de órgãos vitais. Entre os exemplos

possíveis para esse tipo de patologia estão a Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Doença de Pick etc.

As demências secundárias são aquelas que se desenvolvem a partir de quadros não degenerativos. O que não quer dizer, em hipótese alguma, que não possam evoluir para tal. Elas apresentam um enorme leque de possibilidades etiológicas. Podem ser conseqüências de alterações no metabolismo, como problemas de tireóide, por exemplo, ou podem aparecer, em outros casos, pelo surgimento de tumores intracranianos.

São consideradas como secundárias, também, as demências que têm origem em algum quadro infeccioso, que afete, de alguma forma, o sistema nervoso central. Como exemplo desses casos, podemos citar AIDS, Encefalite Herpética, tipos de Meningoencefalites etc.

Carência de alguns tipos específicos de vitaminas, traumatismos cranioencefálicos, casos de esclerose múltipla e intoxicações por uso de substâncias podem ser responsáveis, também, pelo surgimento de sintomatologia demencial.

Outro grupo de possibilidades, ainda no campo das secundárias, é o que diz respeito, etiologicamente, a eclosão de certos quadros psicopatológicos. Doenças psiquiátricas (as mais freqüentemente apontadas são os casos de Esquizofrenia) aparecem como hipótese importante na pesquisa clínica.

O terceiro tipo, as demências vasculares têm sua origem em cardiopatias variadas. Muitos casos de demência eclodem a partir de infartos, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão crônica, vasculites etc.

Por fim, temos as demências consideradas do tipo misto. Elas correspondem aos casos nos quais coexistem, de forma importante, duas ou

mais patologias que dividam a responsabilidade pela eclosão do quadro demencial no paciente.

Fica evidente, portanto, a necessidade de desenvolvimento e valorização de um saber clínico que acolha os mais variados aspectos presentes nos quadros demenciais.

A respeito da epidemiologia, vale ressaltar que, segundo estudo de López-Pousa & Franch (2001), a forma mais freqüente de apresentação das demências são aquelas consideradas de tipo degenerativo primário, com 48%. Em seguida vêm as demências vasculares, com 22%; as mistas, com 26%, e, curiosamente, as secundárias com apenas 4%.

No Brasil, segundo a ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer, estima-se que 1.200.000 pessoas tenham Doença de Alzheimer. Considera-se que pessoas acima de 60 anos apresentem entre 5 e 10%, conforme a idade, de possibilidade de desenvolver alguma síndrome demencial - desse número, a Doença de Alzheimer é responsável por 50 a 70% do total. (CAOVILIA & CANINEU, 2002)

É interessante observar que as demências secundárias são as que apresentam um leque maior de possibilidades e hipóteses etiológicas; mesmo assim, são as menos diagnosticadas.

Por fim, torna-se importante apresentar os três níveis a respeito do grau de comprometimento no decorrer da evolução dos quadros demenciais (CAOVILIA & CANINEU, 2002):

1. leve: caracteriza-se por perda de memória, confusão mental, alterações na personalidade e na capacidade de julgamento.



O paciente apresenta desorientação espacial e dificuldade progressiva na realização das tarefas cotidianas;

2. moderado: intensa dificuldade nas atividades cotidianas, principalmente aquelas que dizem respeito ao cuidado com o corpo. Presença de crises de ansiedade, delírios e alucinações. Alteração no ciclo sono-vigília e diminuição da capacidade de reconhecer parentes e amigos;
3. severo: perda acentuada de vocabulário, perda de controle urinário e fecal, perda de apetite e de peso e aumento na dependência de alguém que cuide do paciente.

## **6 Pseudodemências**

Existe um quadro clínico no qual os pacientes apresentam uma sintomatologia compatível com os desenvolvimentos demenciais, porém sem nenhuma alteração anatomopatológica que a justifique.

Estão presentes o declínio da capacidade de memorização, o rebaixamento do nível de atenção e de concentração e alterações de linguagem. Pode apresentar, também, transtornos do juízo de realidade e de comportamento. Esta síndrome foi denominada por Kiloh, em 1961, como Pseudodemência. (Iacub, 2005)

O fato de não apresentar nenhuma alteração anatomopatológica no cérebro fez com que o termo perdesse sua força na clínica médica, sendo caracterizado como um diagnóstico impreciso e inespecífico, pouco capaz de orientar os procedimentos terapêuticos adequados. (Iacub, 2005)

Dentro da história da psicanálise, defrontamo-nos com os casos clínicos de histeria, que traziam consigo um enigma muito parecido com o proposto pelas pseudodemências: como era possível um paciente apresentar um sofrimento somático sem que houvesse alteração anatomopatológica alguma?

A clínica da histeria foi fundamental para a construção de um método terapêutico calcado numa escuta especial – que se sustenta na atenção flutuante dirigida ao paciente e à sua livre narrativa.

O não encontro, no corpo, de um órgão lesionado fez com que uma terapêutica peculiar fosse desenvolvida, sustentada por uma escuta clínica apurada, realizada no encontro entre o terapeuta e o paciente e, portanto, em transferência.

Pierre Fédida, psicanalista francês, numa palestra na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (1981) teceu o seguinte comentário a respeito da relação entre o psíquico e o somático na clínica:

*“Hoje em dia não há razão para recusar tal concepção. Eu mesmo desenvolvi em vários artigos, a idéia de que é preciso falar de psicopatologia somática e não de psicossomática. Psicossomática reintroduz o problema de influência da psique sobre o somático ou o inverso, sem levar em conta o que comporta o termo ‘psicopatologia’. Ora, na tradição do poeta Ésquilo (seria interessante ler a peça Agamenon) emprega-se a expressão ‘Patei-matos’ para designar o que é pático, o que é paixão, o que é vivido. Aquilo que pode se tornar experiência. Em alemão se empregam os verbos erleban (presenciar) – erfahren (experimental). ‘Psicopatologia’ literalmente quer dizer: um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno. Como paixão, torna-se uma prova e como tal, sob a condição de que seja ouvida por alguém, traz em si mesma o poder de cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. Uma paixão não pode ensinar nada, pelo contrário, conduz à morte se não for ouvida por aquela que está de fora, por aquele que é estrangeiro, por aquele que pode cuidar dela.” (Fédida, p. 29, 1988)*

Essas transformações no método clínico aproximaram a pseudodemência de uma nosografia mais psicopatológica. Essa síndrome foi

pensada como expressões possíveis dentro da histeria e certas psicoses – mais especificamente na esquizofrenia e na catatonia. (Iacub, 2005)

Hoje em dia, contudo, é tida como uma possível expressão psicopatológica de estados depressivos:

*“As alterações cognitivas mais comuns são as alterações subjetivas da memória, atenção e velocidade do pensamento e raciocínio. É comum que depressões que se iniciam na terceira idade sejam confundidas com demências orgânicas (pseudodemências).”* (Eugenio Horácio Grevet & Lais Knijnik, p. 109, 2001)

As descrições mais freqüentes dos casos de pseudodemência narram idosos, tanto homens quanto mulheres, que passaram por situações de perdas objetais ou morais significativas e que poderiam, a partir do desenvolvimento de um quadro pseudodemencial, obter ganhos secundários relevantes com o declínio da memória e da capacidade de recordação. (Iacub, 2005)

A esse respeito, Bosi (2001) apresenta uma citação do Dr. Rebond:

*“Somos mesmo levados a nos perguntar se o velho conceito de demência senil, pretendo resultado de perturbações cerebrais, não se deva revisar completamente, e se essas pseudodemências não são resultados de fatores psicossociológicos agravados rapidamente, por colocação em instituições inadequadamente equipadas e dirigidas, como também por internações nos hospitais psiquiátricos, onde esses doentes muitas vezes abandonados a si mesmos, privados de estímulos*

*psíquicos necessários, separados de todo interesse vital, não têm a esperar senão um fim que se convém em desejar rápido.*

*Nós chegaremos mesmo a pretender que o quadro clínico das demências senis talvez seja um produto artificial, devido o mais das vezes à carência de cuidados e esforços de prevenção e reabilitação.”*

(Ecléa Bosi, p. 80, 2001)

No que diz respeito à questão da memória, as pseudodemências apresentam uma característica peculiar. O declínio não acontece, como nas demências propriamente ditas, que começam a atingir as lembranças mais recentes e vão "fagocitando" a memória em direção ao que há de mais pretérito. Nas pseudodemências a memória é atingida de maneira mais ampla, sem privilegiar o tempo histórico dos registros mnêmicos.

Essa diferenciação é extremamente interessante, e possibilita-nos fazer um elo com o que Pierre Fédida aponta como estado depressivo:

*“Podemos levantar a idéia de que a depressão é um afeto cuja característica seria a alteração do tempo, a perda da comunicação intersubjetiva e, correlativamente, um extraordinário empobrecimento da subjetividade.”* (Fédida, p. 11, 2002)

A relação entre os estados depressivos e os desenvolvimentos demenciais, e incluo aqui as pseudodemências, reside num esfarelamento do tempo. É como se o ego se desprendesse de um *cronos social* e passasse a habitar um tempo “páthico”, enquanto o tempo presente encontra-se em

processo de desvitalização. O tempo da depressão, e das demências, precisa ser narrado e ouvido para ser compreendido e acompanhado. Um tempo a ser reconhecido pelo outro.

## **7 A Psicopatologia Fundamental**

A Psicopatologia Geral, do início do século passado, sustentava-se num modelo descritivo e objetivo a respeito do adoecimento mental. Criada por Karl Jaspers (1956), a Psicopatologia Geral dedicava-se ao desenvolvimento de um saber clínico e metodológico capaz de apontar os fenômenos observados, classificá-los e relacioná-los com os conceitos científicos da época – principalmente a neurologia, a medicina interna e a fisiologia. (Karl Jaspers, p. 14, 2006)

A Psicopatologia Fundamental nasce com uma posição distinta da Psicopatologia Geral. Ela tem por preceito básico a revalorização e a retomada da importância clínica da subjetividade e da singularidade expressas no sofrimento humano. (Berlinck, 2000)

Apresenta-se, portanto, como uma ciência alicerçada na prática clínica – pois o psicopatólogo deve debruçar-se sobre o paciente em busca da subjetividade, do *pathos*, presentes nos sintomas e no discurso que narra seu sofrimento.

Esse modo de atuação, que visa oferecer uma escuta sensível ao singular e ao subjetivo, promove, no encontro do psicopatólogo com o paciente, o enquadramento necessário para que o sofrimento possa ser colocado em palavras e, portanto, passível de ser elaborado psiquicamente.

Para que o debruçar-se sobre o paciente aconteça, a Psicopatologia Fundamental coloca-se como um campo singular e específico na *polis* – entre um vasto grupo de saberes científicos – mas que se mantém consciente de que o diálogo entre os diversos saberes é de suma importância para que o humano

possa ser cuidado em sua complexidade e pluralidade constituinte. Não tem a pretensão nem o objetivo de tornar-se hegemônica no seu saber. Nem de ser a portadora de uma verdade única a respeito do humano, mas, sim, de ser um instrumento norteador que possibilite ao psicopatólogo constituir um trânsito profícuo em direção a uma escuta refinada, técnica e aberta à troca de informações. O objetivo final é a construção de um saber que se origine e que respeite a singularidade de cada caso.

Nesse percurso, a teoria psicanalítica apresenta-se como um instrumento clínico eficaz para o desenvolvimento de uma escuta apurada a respeito do subjetivo, do singular, do inconsciente – do *pathos* presente na narrativa do paciente. Torna-se um recurso possível de ser utilizado pelo psicopatólogo fundamental, com o intuito de lhe oferecer subsídios para a produção de uma metapsicologia na clínica. Uma metapsicologia que se traduza na construção de um caso – de uma narrativa a respeito do *pathos* que se expressa na transferência e que é, portanto, único para cada caso.

A palavra *pathos* provém da idéia de sofrimento. De algo que afeta o sujeito e produz um excesso, uma quebra no equilíbrio até então atingido e mantido pelo sujeito. De *pathos* derivam, também, as palavras paixão e passividade. (Berlinck, 2000)

O *pathos* transborda do humano e no humano. Ele pode ser proveniente tanto da vida externa, cotidiana, relacional, quanto da vida interna dos sujeitos, brotando em conseqüência de seus instintos, pulsões e desejos.

A Psicopatologia Fundamental parte do pressuposto que o sujeito em sofrimento, tomado pelo excesso *phático*, tem condições de produzir uma narrativa histórica do seu estado. A passividade diante da imensidão do *pathos*



só pode ser “metabolizada” com base na construção de uma história sobre o excesso, e é assim, justamente, que se funda e que se expressa a subjetividade humana.

Se o *pathos*, ao mesmo tempo que produz um sofrimento, é o responsável por tornar a subjetividade algo possível, concluimos que somos todos seres psicopatológicos. Não temos como fugir do *pathos*, mas temos como transformá-lo em experiência, por meio de uma metodologia clínica. Metodologia clínica esta que se interessa na construção de um palco transferencial, no qual o *pathos* possa ser transformado em história, em discurso e, assim, em recursos psíquicos.

Isso quer dizer que são as paixões, os sofrimentos – o *pathos* – aquilo que oferece subsídios para que se constitua um aparelho psíquico. Este aparelho seria, fundamentalmente, uma organização defensiva para lidar com o *phático*. Ou seja, uma construção de caráter imunológico defensivo, com o intuito de proteger o humano dos ataques inerentes à vida.

Visto dessa forma, torna-se impossível pensar numa separação entre psíquico e somático. O aparelho psíquico é concebido como um recurso defensivo, parte integrante de um sistema imunológico global, que, ao mesmo tempo que produz formas de lidar com o excesso do *pathos*, funda a subjetividade.

Portanto a Psicopatologia Fundamental apresenta-se como um espaço de saber, que nasce e se aprimora, fundamentalmente, do exercício clínico. Tarefa esta que sustenta e reconhece a necessidade de uma escuta que encontre no indivíduo a sua própria verdade. Uma verdade que é histórica, vivida e narrada por meio das experiências do sujeito – que são sempre

singulares – e, a partir destes pressupostos, dispõe-se a conhecer e pensar, com o outro (pacientes, saberes científicos, equipes multidisciplinares etc.) nas vias de expressão do sofrimento do sujeito. (Berlinck, 2000)

As paixões são conhecidas por sua força. São capazes de invadir o ego e de submergi-lo, inundá-lo com o excesso que lhe é característico. O ego, nesses casos, torna-se passivo, paciente, espectador do excesso que o invade – que o afeta intensamente e obriga-o a uma nova organização.

É esse excesso que, na relação clínica com o psicopatólogo, ganha espaço no discurso do paciente. Narrado, ganha os contornos da palavra, de gestos, dos sonhos, dos sintomas e, assim, revela-se como portador de uma verdade a respeito do sujeito, de seu sofrimento. A elaboração, o encontro e o aprendizado produzido por essa verdade podem, gradualmente, oferecer ao ego os recursos necessários para reequilibrar-se, tendo adquirido um saber a mais sobre si.

Com o trabalho clínico e da construção de uma narrativa sobre aquilo que transborda, o psicopatólogo recolhe o material necessário para construir uma metapsicologia sobre o caso. Defronta-se com os enigmas da investigação e, por meio da relação transferencial, busca produzir um relato que contenha uma metapsicologia específica do caso, sem deixar de lado a universalização daquilo que é humano.

## **8 Um lugar para o psicopatólogo no processo diagnóstico e psicoterapêutico das demências**

Exames de imagem e testes neuropsicológicos não vão apresentar laudos completos; serão apenas parte de uma clínica que deverá reconhecer a amplitude e a complexidade do humano em sofrimento.

Sem a narrativa, por parte do paciente, acaba-se excluindo uma das mais ricas e fundamentais fontes de conhecimento e pesquisa sobre o estado do paciente. Escuta-se o cuidador, o informante, o familiar, mas pouco ou nenhum espaço é oferecido ao idoso que apresenta sintomas de demência.

Há que se considerar a questão do envelhecer, e a história afetiva que sustenta esse processo. Como foi sua infância? Sua juventude? Sua idade adulta? Como foi sua vida profissional? E sua aposentadoria? A chegada dos netos? Bisnetos? Perdeu a esposa? O Marido? Até mesmo um filho? Como se sentiu ao ser apresentado às rugas? Aos cabelos brancos? Perdeu espaço na família? E o prazer na vida?

Essas e muitas outras perguntas passam despercebidas, como se o envelhecimento fisiológico ocorresse fora do contexto erógeno de corpo. Sem emoções, sem afetos, sem *pathos*. Como se o corpo envelhecesse como máquina e não como parte de gente.

É raro encontrar um serviço de diagnóstico que ofereça uma escuta clínica competente e interessada na narrativa que o paciente produz a respeito de sua própria condição.

Muitas vezes o paciente participa do processo diagnóstico apenas nos momentos em que testes neuropsicológicos são aplicados e, durante os outros procedimentos, quem passa a ocupar um lugar de valor a respeito da narrativa do sofrimento demencial é o acompanhante do paciente.

O diagnóstico referente ao tipo de demência que acomete o paciente é, portanto, de difícil construção. É necessária a participação de profissionais de diferentes áreas e especializações para que se possa lapidar uma história clínica (que aborde os aspectos psíquicos, sociais, culturais e se interesse pelos acontecimentos recentes da vida do paciente) e fisiológica competente, que possa oferecer subsídios para o desenvolvimento de uma terapêutica não apenas farmacológica, mas que, também, seja cuidadosa no que diz respeito ao sofrimento psicopatológico do paciente e de seus cuidadores.

Um processo diagnóstico que se fundamente apenas em exames clínicos e em questionários neuropsicológicos, dependendo da maneira como será realizado, correrá o risco de alienar o paciente e de privá-lo da narrativa dos seus sintomas.

Nesse caso, o impacto desse tipo de investigação, em que a narrativa do paciente fica altamente desvalorizada, pode ser ainda mais relevante e prejudicial. A degeneração do ego que se exclui, gradativamente, do presente e se volta para uma memória desencontrada do corpo, é potencializada por tal alienação e desvalorização do sujeito. Tal característica influencia diretamente a terapêutica proposta e, conseqüentemente, a compreensão mais ampla do caso e a qualidade de vida dos pacientes.

A medicina baseada em evidências, que hoje em dia se apresenta como uma norteadora do que diz respeito aos tratamentos recomendados, tende a

reconhecer, de maneira unilateral, aquilo que pode ou não ser tido como “evidência de valor”. Situação que fortalece uma leitura exclusivamente médica, mas que, infelizmente, produz um empobrecimento brutal na troca de informações provenientes das diversas áreas de saúde envolvidas, e interfere diretamente no desenvolvimento dos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos.

O psicopatólogo na clínica com pacientes que apresentam quadros demenciais defronta-se com uma peculiaridade importante: o tempo na transferência.

A atemporalidade do inconsciente e, portanto, dos sintomas, obriga o clínico a transitar pelos tempos das lembranças, do recalcado, do trauma – revividos na relação paciente/psicoterapeuta.

No caso das demências, o tempo presente deixa de ser um elemento que integre o *setting* do encontro clínico. As paredes da instituição ou do consultório, os dias da semana, as estações climáticas, o horário das sessões – tudo aquilo que é da ordem do atual deixa de ser, gradualmente, objeto de catexia, de investimento. O grau em que essa descatexia se dá está intimamente associado à evolução e à gravidade do quadro demencial. O conseqüente distanciamento do tempo presente afeta profundamente a relação do sujeito com sua identidade.

Por identidade refiro-me à capacidade de se reconhecer como portador de um nome, de uma biografia, de uma condição familiar/social/trabalhista e individual – referenciais que devem estar alicerçados por um tempo comum, coletivo.

O ego do paciente não tem mais a vitalidade estimulante que denota a presença da libido na relação consigo. O ego, o corpo tornam-se representações de horror, fontes de pura angústia, na medida em que passam a simbolizar o declínio e a castração fundamental – ou seja, a morte.

O psicoterapeuta, muitas vezes, é bem recebido na transferência porque passa a exercer um papel na reconstrução intensa de um tempo passado que é reencenado pelo paciente. Se sair dessa posição e estimulá-lo a reconhecê-lo como alguém que está presente na atualidade do tempo, é possível que a sintomatologia demencial agrave, que ocorra uma crise como recurso defensivo diante do convite para uma realidade sentida como mortífera.

O trabalho com os idosos demanda a construção de um *setting* singular. Um espaço no qual haja investimentos no tempo presente e na relação do idoso demente com essa realidade atual. Esse movimento relacional, no entanto, só é possível com base numa relação amorosa e transferencial com o clínico. O investimento narcísico realizado pelo psicoterapeuta, tendo como alvo o paciente, torna-se a “luz”, o afeto, que orienta as camadas mais preservadas do ego do paciente em direção à percepção de um tempo presente.

Nesse tipo de trabalho é importante que o profissional cuide, também, da família do idoso. Os cuidadores e/ou familiares que com eles passam a maior parte do tempo são peças importantíssimas para que uma estratégia de cuidados possa ser traçada nos momentos em que o paciente está distante da clínica.

Muitas vezes a família está discutindo assuntos relevantes, ou às vezes batendo papo e dando risadas a respeito dos assuntos mais variados.

Sentados no sofá da sala, fazem comentários sobre um comercial ou sobre um programa em exibição. É extremamente raro que os envolvidos nessa trama cotidiana dirijam algum comentário, questionem ou queiram ouvir a opinião do idoso que sofre de demência e que está no mesmo espaço familiar.

A resposta pode ser a mais variada. O que importa, contudo, não é o conteúdo nem a complexidade do que será respondido, mas a construção de um olhar que introduza o idoso no tempo presente, na rede afetiva e discursiva da atualidade que o envolve e o define como alguém reconhecido, vivo.

Não se trata, aqui, de fazer uma brincadeira. De satirizar a resposta que poderá vir sem um sentido específico a respeito do indagado ou do comentado. A questão fundamenta-se no ser olhado, no ser considerado e no ser “utilizado” como ser. O estímulo produzido pelo fazer parte da rede afetiva-familiar pode promover um retorno temporário da libido ao corpo, ao ego e, dessa forma, influenciar positivamente o estado geral de saúde do paciente.

A experiência proveniente da realização de grupos terapêuticos com idosos em grau inicial de demência foi extremamente positiva. Esse encontro grupal foi frutífero também por proporcionar a criação de laços afetivos entre os participantes, laços calcados, também, na atualidade do tempo.

A partir dessa experiência, ao término de uma sessão individual, mesmo com idosos não demenciados, eu apresentava aquele que estava saindo da consulta ao que estava aguardando o próximo horário. Sempre os deixava conversar por alguns minutos antes de iniciar a nova sessão. Essa oferta de laço afetivo entre os pacientes tem-se mostrado de grande valor. Um preocupa-se com o outro, torce para a melhora e para a recuperação e comemoram, ou

lastimam juntos, experiências típicas de bate-papos corriqueiros, mas tão importantes.

Por fim, vale a pena ressaltar a importância das datas e dos objetos pessoais dos pacientes para a clínica na demência.

Retirar de casa um paciente em processo demencial, muitas vezes pode provocar uma crise intensa. A alteração do espaço físico produz um esfarelamento ainda maior do tempo, deixando-o muitas vezes sem a menor referência vital. Muitos idosos levados para casas de repouso apresentam sintomatologia demencial nos primeiros dias. A mudança do ambiente, de forma tão intensa e brutal, retira do campo de investimento do ego o cenário necessário para sustentar a identidade do idoso. As posses, portanto, são de fundamental importância para que o ego encontre objetos de ancoragem no tempo.

Uma paciente, com demência em estado avançado, já não mais reconhecia nenhum de seus parentes. Não falava e pouco se mexia. Passava grande parte do dia sentada numa cadeira acolchoada, própria para evitar escaras. Ficava, quando estava sol, perto de uma janela da qual, caso ainda lhe fosse possível ou desejado, pudesse olhar o jardim. Essa idosa era uma mulher que gostava muito das músicas do cantor Roberto Carlos. As filhas, portanto, passaram a deixar o rádio com suas músicas tocando. Ninguém poderia afirmar se ela seria capaz ou não de ouvir a canção, nem se conseguiria distinguir a voz do estimado artista. Contudo era uma forma de vitalizar o ambiente que a cercava. Era uma forma de fazer presente um gosto reconhecido e valorizado por aqueles que a rodeavam. Esse ato também é um ato clínico, terapêutico.



A respeito das datas, é muito importante que o clínico pesquise, conheça as comemorações culturais e que fique atento aos eventos importantes da atualidade. Trazer esses assuntos à clínica com os idosos é, também, uma forma de promover uma relação de pertencimento ao tempo atual. Olimpíadas, Copa do Mundo, Festa Junina, Natal, Ano Novo e outros eventos são alguns exemplos importantes. Aniversários, ou datas específicas de culturas estrangeiras e religiões diferentes, desde que tenham sido, ou sejam, importantes para o idoso, deverão ser importantes para a clínica com aquele paciente.

Um outro lugar para o psicopatólogo nessa clínica diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. Se levarmos em conta que no Brasil vivem, aproximadamente, 15 milhões de idosos, a pesquisa científica, partindo de todas as áreas envolvidas na constituição de um olhar multidisciplinar que vise ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes em processo demencial torna-se uma questão de extrema relevância.

Por fim, esses são alguns dos cenários nos quais transita o psicopatólogo que se dedica à clínica de pacientes idosos com demência. Cenários de conflito entre tempos, entre épocas – batalhas que se atualizam e que germinam na transferência.

## **9 Aspectos Metodológicos: O Método Clínico**

Etimologicamente, 'clínica' refere-se ao cuidado dado aos pacientes acamados. O clínico é aquele que executa a ação do debruçar-se, com o intuito de observar o paciente em seu leito.

O método clínico na Psicopatologia Fundamental mantém esse mesmo objetivo, acrescido do fato de que seu objeto especial de investigação se define por *pathos*, que ganha expressão na narrativa produzida pelo paciente, e que é vivido, na transferência e na contratransferência, com o encontro com o clínico.

Está presente, para tanto, uma escuta, equiflutuante, que visa acolher, captar e conhecer o sofrimento do sujeito-paciente.

Posteriormente ao encontro, o clínico irá dedicar-se à construção de um saber metapsicológico a respeito do vivido com o paciente. Essa construção será estruturada na forma de uma escrita: a escrita de um caso.

*Psico – pato – lógico* significa a constituição de uma linguagem a respeito de um sofrimento. Essa linguagem realiza-se com base num recurso mito-poiético epopéico, fundamentalmente histórico e biográfico (Berlinck, 2000). Assim, o paciente relata seu estado de sofrimento e possibilita ao clínico, num segundo momento, o desenvolvimento de um saber metapsicológico com base no narrado e no vivido no encontro com o paciente. Esse saber metodológico, contudo, só se constitui de maneira válida se estiver

alicerçado na particularidade e singularidade do encontro entre o paciente e o psicopatólogo.

O caso clínico, dessa forma, é uma construção a respeito de uma experiência vivida na clínica, que visa à obtenção, à organização e à transmissão de um saber sobre aquele caso específico, sobre aquela história.

Seguem as apresentações de três casos clínicos. Os três são frutos de atendimentos realizados no Setor de Geriatria de um Hospital em São Paulo. Cada um desses casos apresenta a estruturação de um *setting* diferente.

Como descrição metodológica, a exposição detalhada do *setting*, das peculiaridades institucionais e do tempo das sessões e duração do tratamento são indispensáveis. Entretanto a construção e a explicitação dessas características fazem parte daquilo que constitui o caso clínico, da relação entre o psicopatólogo e o paciente, afetando objetiva e subjetivamente a relação inaugurada e influenciando a delimitação do espaço formal de atuação profissional nesses encontros.

Por esses motivos, as descrições a respeito do *setting* serão apresentadas como parte singular de cada narrativa de caso.

## **10 Casos Clínicos**

### **10.1 Caso Clínico 1**

#### **“Como se Aposentam os Heróis?”**

*A criança sofre, o adolescente sofre. De onde vêm, então, a saudade e a ternura pelos anos juvenis? Talvez porque nossa fraqueza fosse uma força latente e em nós houvesse o germe de uma plenitude a se realizar. Não havia ainda o constrangimento dos limites, nosso diálogo com os seres era aberto, infinito. A percepção era uma aventura; como um animal descuidado, brincávamos fora da jaula do estereótipo. E assim foi o primeiro encontro da criança com o mar, com o girassol, com a asa na luz.*

Ecléa Bosi, *Memória e Sociedade. Lembranças de Velhos*, p. 83, Companhia das Letras, São Paulo, 2001.

De julho de 2004 a julho de 2005, trabalhei como psicólogo clínico no Setor de Geriatria Geral, num Hospital de São Paulo. Realizava atendimentos individuais, de periodicidade semanal; as sessões tinham duração de 50 minutos. Além dos atendimentos referidos na instituição como “ambulatoriais”, atendia alguns pacientes idosos internados na enfermaria.

Após esse um ano, passei a dedicar-me mais especificamente à clínica de pacientes diagnosticados com algum tipo de demência. Tinha como responsabilidade realizar um atendimento, ou uma entrevista, que pudesse coletar informações úteis a respeito da dinâmica psíquica do paciente. Esses

dados eram apresentados numa reunião realizada ao fim do dia, em que cada profissional expunha os dados a respeito do caso em discussão. Só a partir dessa troca multidisciplinar é que uma terapêutica era passada ao paciente.

Apesar das reuniões, era impossível negar o valor hierárquico que algumas disciplinas tinham a despeito de outras. A terapêutica mais freqüente sustentava-se nas intervenções medicamentosas, sem que houvesse uma estrutura variada de suporte ao paciente e a seus familiares. Havia, contudo, um espaço de diálogo multidisciplinar, e cada profissional utilizava-o da forma mais competente possível e lutava por implantar novos atendimentos que pudesse andar em paralelo ao tratamento medicamentoso.

Os novos pacientes encaminhados ao Ambulatório responsável por atender os idosos com sintomatologia demencial passavam por uma avaliação psicológica, neurológica, fonoaudiológica e geriátrica. Foi dessa forma que Maurício chegou até mim.

Era o meu primeiro dia de trabalho no Ambulatório e seria, portanto, minha primeira experiência clínica com um idoso em processo demencial. A secretária avisou-me que, por não haver pacientes novos naquele dia, iria encaminhar-me um senhor que estava esperando consulta com uma médica. Disse que era um caso grave, mas que, para mim, seria melhor do que ficar sem atender ninguém.

Levantei-me, apresentei-me e puxei uma cadeira para perto da dele, para que dessa forma iniciássemos o atendimento.

De origem holandesa, Maurício, aos 68 anos, dava a impressão de ser um gigante de conto de fadas. Ele ocupava todo o espaço da porta ao entrar no

consultório e, ao mesmo tempo que demonstrava uma enorme força e vitalidade, passava a sensação de estar totalmente indefeso.

Tinha a pele clara, barba e cabelos brancos, olhos azuis – tão azuis que pareciam estar acesos por dentro – bem vestido, com a mão trêmula, repousando sobre o cabo da bengala. Seus olhos miravam o alto da sala, e não a mim. Durante algum tempo ficamos em silêncio. Eu esperava que pudéssemos nos olhar, mas o tempo foi passando e isso não acontecia. Tinha a sensação de que estávamos dividindo a mesma sala, sentados próximos um do outro, mas seus olhos denunciavam que ele estava longe daquele hospital, longe de mais uma entre tantas consultas. Eu não era olhado, nenhum objeto da sala parecia ser. O céu, coberto por outros andares acima de nós, era o alvo de seus olhos.

Durante aqueles momentos fui tomado por lembranças de quando estagiava num Hospital Psiquiátrico de São Paulo. Sentia novamente a sensação de não saber que lugar eu estava ocupando para Maurício. Tinha a clara sensação de que aquelas paredes, que davam contorno ao consultório, não continham seus pensamentos. Ele estava longe, e eu não sabia, apesar de sentir que eu era notado, onde “estávamos”. No Hospital Psiquiátrico eu já havia sido muitas coisas e pessoas. A produção delirante e alucinatória dos pacientes já me dera a possibilidade de ser desenho animado, espião, jardineiro e outras coisas, mas, naquele momento, sem o olhar e a palavra, eu sentia a dificuldade que era acompanhar Maurício.

Perguntei, então, se ele gostaria de me contar um pouco de sua história:

*“Eu já trabalhei na África”, iniciou ele, cortando o silêncio. “Eu trabalhava com as crianças de lá. Viajei muito... muito. Fui da Holanda para a África, e de lá para o Brasil, sempre trabalhando.*

*Aqui eu tinha uma escola, que era de uma organização holandesa e ensinava as crianças de rua a trabalhar, ensinava um ofício, mas tive que sair (as mãos, que repousavam sobre a bengala, começaram a tremer muito). Eu era um herói, sabe? Agora eu não tenho nem mais músculo. Me dê a mão.”*

Ele esticou o braço, como se esperasse que eu o cumprimentasse. Retribuí o gesto e demos as mãos. Maurício começou a apertá-la, com força crescente. Disse-lhe, então: *“Bem forte este aperto!”*. Ele, no exato momento, aliviou e soltamos as mãos.

Logo em seguida começou a desabotoar o punho da camisa, puxou a manga o mais próximo dos ombros que pôde; enrijeceu o músculo e me disse:

*“Está vendo? Com um braço eu tenho força, mas com o outro não. Este músculo caiu, soltou; não tenho mais força aqui.”*

Batidas na porta disseram que a espera pela geriatra havia chegado ao fim. Perguntei se ele se importaria em voltar na outra semana, para que então pudéssemos ter uma consulta nossa. Ele levantou e saiu da sala. Do lado de fora, refaço a pergunta e a esposa responde que sim, que o traria para conversar comigo.

Fui embora com uma questão perturbando-me. Enquanto dirigia de volta para casa e era obrigado a prestar atenção em diversos pontos ao mesmo

tempo, ia pensando na importância do olhar na constituição da clínica. Durante a semana fui fazendo planos, criando perguntas e respostas na tentativa de saber para onde, na presença de Maurício, eu iria olhar.

Uma semana havia-se passado e lá estávamos nós dois novamente. Os olhos azuis continuavam a mirar o céu. Ele não se lembrava de mim, nem do que havia me contado.

Ele então começou exatamente do ponto onde havia começado na sessão anterior. Contou exatamente as mesmas coisas. Só que dessa vez eu não olhava mais para Maurício, mas imaginava cada detalhe da cena que ele me contava, acompanhando seu olhar em direção ao horizonte.

Era nosso cinema imaginário. O filme de Maurício ia rodando em som e cores para nós dois. Assim se passaram algumas sessões, alguns encontros, algumas semanas. Eu já nem precisava perguntar sobre sua história. Ele iniciava sempre do mesmo local e terminava dizendo que estava sem músculos para continuar. Ficávamos em silêncio um certo tempo e ele voltava a contar 3 ou 4 vezes a mesma história.

Para minha surpresa, numa das sessões ele foi além:

*“Eu trabalhava com um grupo na África. Lá eu tinha que cuidar das famílias que passavam fome. Mas tinha que cuidar das feridas, das doenças. Mas sabe o que eu fazia? Eu fugia e ia para uma cidadezinha que tinha lá perto e dava aulas de como plantar, do que plantar e de como usar a terra. Eu tinha que ensinar aquelas pessoas a conseguir comida. Durante muitos anos eu fiz isso... até que eu fui transferido para o Brasil.*



*A escola que eu trabalhava, sabe? Eu amava aquele lugar...ah, como eu amava. Eu ensinei tantas crianças a trabalhar. Dali eles saíam muito melhores. Eu tinha muitos filhos... porque na verdade eu não tive nenhum.*

*Um dia eles me mandaram embora. Ali acabou, sabe? Eu não tinha mais o que fazer... é horrível.”*

Durante muito tempo, olhando um para o outro depois de tantos encontros, conversávamos pela primeira vez sobre o presente, sobre a relação com a esposa, sobre as opções de atividades que ele teria aqui, no Brasil.

Ele me contou que sabia trocar baterias e arrumar o maquinário de relógios. Contou que adorava consertar as coisas em casa. Sentava e passava horas com um liquidificador quebrado. Naquele dia ele combinou colocar uma plaquinha na janela de casa: “Consertam-se relógios.”.

Na semana seguinte, Clarice, esposa de Maurício, perguntou se poderia conversar comigo. Prontamente atendi sua solicitação e ela começou a me contar as aflições que estava vivendo:

*“Ele era um homem muito bonito, sabe? Ele ainda é muito bonito, muito forte, inteligente e uma ótima pessoa. Eu não sei se ele lhe contou que trabalhava na África; ele é de uma congregação holandesa que faz trabalhos filantrópicos pelo mundo. Ele sempre foi um homem muito bom, tanto que lá ele não podia trabalhar com as crianças porque era proibido, mas ele fugia e ia dar aulas de como cuidar da terra e iniciar pequenas plantações.*

*Depois de alguns anos lá, ele veio para o Brasil. Ele era o diretor de uma escola, que trabalhava em conjunto com o Senai, ensinando uma profissão para as crianças de rua. Foi nessa época que nós nos conhecemos.*

*Ele era muito envolvido com o trabalho dele, sabe? Nós tínhamos muito medo de como seria depois que ele se aposentasse. Mesmo assim, nós tínhamos muitos planos; nós queríamos viajar, conhecer outros lugares, mas agora não vai dar mais.*

*Na Holanda eles têm o hábito de excluir totalmente a pessoa que tem mais de 65 anos. Lá, quando a pessoa fica velha, vai para uma espécie de depósito e fica lá até morrer. Quando ele fez 65 anos, chegou um grupo de jovens da congregação para ocupar o lugar dele no trabalho. Eles disseram para ele que a cadeira de diretor não seria mais dele; que ele não tinha mais lugar ali.*

*Ele ficou muito mal. Ele vivia triste com aquela situação, andava de um lado para o outro da casa com uma tristeza que a gente não sabia como ajudar. Ele tinha tantos planos, sabe? Tantos sonhos que ele tinha com aquela escola; ele amava aquele lugar. Tem três anos que isso aconteceu, e ele ficou doente exatamente nesta época... eu acho que de decepção.*

*Eu amo muito ele. Amo muito mesmo... mas sabe como é para mim? Sabe como é ter que jogar todos os seus sonhos fora, porque você sabe que não vai mais conseguir realizar? Nós não vamos viajar e curtir a nossa velhice... ele não tem condições de sair muito.*

*Eu fico com pena... mas eu também fico cansada. Eu não sei o que fazer. Ele se esquece que comeu, se esquece de que tem que tomar os remédios... se esquece de tantas coisas. Ele está esquecendo dele... da gente.*

*Ele pega tudo da cozinha. Eu não sei o que fazer. Ele quer trocar as lâmpadas, ele pega todo aparelho eletrodoméstico e desmonta; só que é claro que ele não consegue mais montar. Eu sei que ele faz isso porque quer se sentir útil. Ele fala que algo está quebrado e vai tentar arrumar... mas não dá, sabe? Estava funcionando direitinho e depois ele abre e estraga tudo.*

*Ele gosta de arrumar relógios... mas ele não tem mais a vista boa para mexer naquelas coisas pequeninhas.*

*Eu não sei mais o que fazer da minha vida... não sei mais o que fazer da nossa vida. Não sei cuidar dele direito. É muito duro ter que refazer todos os sonhos.”*

### **10.1.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso Clínico 1**

Os dois passaram a freqüentar as sessões, juntos. No início cada um falava sobre um assunto diferente... como se a sessão fosse separada, individual. Com o tempo eles começaram a falar dos mesmos assuntos. Trocavam carinhos nas mãos. Davam até risadas juntos.

É interessante pensar nesse atendimento como um encontro entre três tempos diferentes. Maurício nos convidava, a todo o tempo, a um retorno ao passado. A relação com o tempo presente era sempre devastadora. A atualidade havia-se tornado a expressão radical das limitações e da tristeza. Sempre que narrava suas proezas e o presente da relação com a esposa ou com o clínico surgia, Maurício calava. Um silêncio que não transmitia um trabalho subjetivo de elaboração, mas um sofrimento intenso.

O tempo presente era ilustrado pela falência dos músculos – que condensava a falência profissional, a impotência sexual, a decepção com a estética e com a fragilidade da vida. Esse emaranhado simbólico fazia germinar o ódio. Talvez fosse esse ódio o que tornava o aperto de mãos mais forte do que o necessário, que o fazia ser invadido por um silêncio mortífero e que parecia desligar o corpo, deixando-o completamente amolecido e trêmulo.

Havia uma decepção imensa com o próprio ego, que se mostrara incapaz de manter o heroísmo do ego ideal em constante funcionamento e, dentro desse cenário, parece-me, surgia um superego extremamente tirânico e destrutivo.

O tempo de Clarice era outro. Era o tempo em que esperava curtir o ócio do marido de uma forma romântica. Desejava viajar, conhecer outros lugares – sem que a emergência do trabalho lhe privasse da companhia serena de Maurício.

O tempo de Clarice, contudo, trazia a questão do desejo de viver a aposentadoria de uma forma prazerosa. Clarice simbolizava essa condição de uma forma que Maurício jamais pudera compartilhar. Estar ao lado da esposa talvez lhe colocasse diante da ausência de filhos. Ao ser retirado da escola, perdera “suas” crianças. Ao retornar para casa, encontrava-se com uma mulher que não lhe dera filhos. Não sei os motivos pessoais e conscientes que os levaram a não ter filhos, contudo, diante da retirada radical das crianças com as quais convivia, seria plausível levantar a hipótese de que Maurício talvez não se tenha dado conta de que o tempo da paternidade biológica já havia passado. Daquele momento em diante ele teria sua esposa como família, e ninguém mais.

Clarice vivia uma enorme ambivalência. Fora traída por Maurício. Ela também havia acreditado e desejado a imortalidade daquele homem. Ela acreditara que o tempo da aposentadoria e do romance chegaria da forma como sonhara. Acreditara que ele cuidaria dela para sempre, e não o inverso. Ela também tinha ódio. Seus ideais estavam ruindo, suas representações de velhice viajante e enamorada estavam cedendo e dando espaço para uma frustrante imagem na qual estava cuidando do homem que jamais admitira que poderia cair antes dela.

A relação mantida pelo casal era completamente apaixonada pelos ideais. Um casal submerso em construções perfeitas, inquebráveis, que, de repente, teve de ajustar os tempos subjetivos para que pudesse viver esta etapa da vida juntos – mesmo que de maneira completamente diferente do que seria aceitável em suas fantasias.

Clarice passou a se relacionar com o marido com base nas lembranças que ele produzia. Aceitou estar ao lado desse homem da forma como era possível. Ouvia-o, sem ser tomada por uma ira que a impelia a “fazê-lo” entender que tudo aquilo já havia passado e que teria, agora, de cuidar do futuro. Não há representação de futuro na demência – a não ser o futuro do pretérito.

O terceiro tempo é o do clínico. Um tempo de síntese no passado de Maurício que se atualizava de forma extremamente intensa nas sessões. Maurício falava, ficava em silêncio, enxergava-me, olhava-me, escutava-me, apenas quando podia – em virtude do estado de saúde geral – e quando desejava. Ignorava minhas perguntas, atravessava o que eu dizia. Ele impunha o meu silêncio. Ele procurava constituir um *setting* particular, procurava ser a

lei do ambiente. Maurício impunha a sua organização, tanto nas sessões como em casa. Ele mexia, abria, quebrava e arrumava tudo o que queria da forma que queria. Aqueles lugares tinham de ser dele. O poder tinha de ser dele.

Nas sessões em que a esposa participava, Maurício deixava a esposa falar, mas, ao menor sinal de angústia de Clarice, a conversa terminava. Suas mãos passavam a tremer intensamente e seu corpo, assim como seus olhos lacrimejantes, tornava-se o objeto de nossos cuidados. Ele estava sempre atento ao que estava sendo dito, mesmo que não conseguisse entender palavra ou outra. Sempre que sua esposa falava da tristeza diante do adoecimento do marido, Maurício entrava em “crise”. Era como se ele morresse aos poucos sempre que a ouvia falar de sua decepção. Seu estado clínico parecia piorar, suas repetições intensificavam-se ou seu silêncio tornava-se mais violento. Ouvir a dor da esposa talvez estimulasse uma descarga sádica contra o próprio ego, um ataque do superego contra o homem que não foi capaz de manter os sonhos impecáveis. Como ganho secundário, a discussão sobre o tema terminava e Clarice passava a alisar as mãos do marido. Ela tentava compensar externamente o carinho que ruía internamente em Maurício.

Dizia isso a ambos, e aqui entra intensamente a questão dos diferentes tempos. Clarice tinha acesso à interpretação. Armazenava-a e poderia pensar, concordando ou não, sobre o que havia sido dito. Maurício esquecia, em pouquíssimo tempo, o que havia sido dito.

A minha hipótese de trabalho girava em torno da idéia de que as intervenções tinham de ter como alvo direto a relação entre ambos para que, com isso, talvez pudesse atingir a dinâmica intrapsíquica de Maurício.

Passeios, conversas (sobre o que quer que fosse) e acesso a determinados aparelhos, que ele pudesse consertar ou quebrar, eram estimulados. Era importante ter horário para essas atividades. Passeios pela manhã, ouvir músicas à tarde etc. talvez possam contribuir para a constituição de uma rotina (fundamentada no presente) e que pode ser vivida de maneira satisfatória e prazerosa. A construção de um dia-a-dia com momentos gratificantes estimula a relação do ego com a temporalidade do casal, com a temporalidade compartilhada com o social e com a atualidade dos corpos.

Amigos e conhecidos entregavam relógios para ele “arrumar”. Ele se divertia. Clarice separava os eletrodomésticos em que ele podia mexer e ele arrumava, abria, fechava e dava um “jeitinho de deixar tudo funcionando”.

Ele estava menos agitado, mais calmo, mais tranquilo. A praça perto de casa tornou-se ponto de encontro para o casal reconstruir sonhos.

Maurício, contudo, continuava triste e apresentando falhas de memória cada vez mais severas. Não havia nada que pudesse diminuir a sensação de “descarte”.

Com o tempo, as passadas diminuíram; as palavras foram diminuindo. Não havia mais frases, não havia mais movimentos fortes das pernas... mas aqueles olhos ainda se moviam para lá e para cá. Às vezes, algumas lágrimas ainda caíam.

Freud (1917[1915]) cita, em seu texto “Luto e Melancolia”, algumas características dos estados melancólicos que se aproximam e nos ajudam a pensar, mais profundamente, a possível dinâmica psíquica do desenvolvimento e agravamento demencial de Maurício:

*“Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição.” ( p.276)*

A crescente perda de interesse pelo mundo externo e, conseqüentemente, por sua temporalidade, talvez tivessem atuado como potencializadores do processo de declínio da memória.

O ódio dirigido àqueles que o retiraram de seu posto de trabalho, de seu posto de valor, nunca pôde ser expresso em palavras. Nunca pôde ser dito aos seus algozes. O ódio da velhice, da aposentadoria, da senilidade, do não planejamento de um futuro flexível para esta etapa da vida podem ter estimulado, também, uma auto-recriminação intensa. O ódio, que não pôde ser dirigido ao mundo, condensou-se na tirania do superego, e voltou-se contra o próprio ego.

Delia Catullo (2004) cita, a respeito do declínio da memória e de seus efeitos danosos ao ego, o seguinte:

*“Sem este fundo de memória, sem esses fragmentos de lembranças, o Eu seria condenado a uma eterna viagem de regresso a um continente escuro, sem encontrar jamais as balizas identificatórias que lhe permitiriam ser, no presente, o efeito do que já foi. Sem esse fundo de memória fundamental, não existiria o Eu.” ( p.125)*



Maurício desinteressava-se, cada vez mais intensamente, de si e dos objetos do mundo. Os investimentos que tentávamos produzir nas sessões e na revitalização da relação do casal mostravam-se insuficientes para reorganizar a economia psíquica de afastamento e silenciamento. A ação do instinto de morte sobre o ego parecia intensificar-se.

A cadeira, que ele costumava usar na sala de casa, ganhou rodas. Agora ficava próxima da janela e ali, se ele quisesse, poderia distrair-se com o vai-e-vem das pessoas na rua. Batia um solzinho gostoso nele... e nesses momentos a esposa achava que ele sorria.

O rádio passou a ficar ligado, com músicas agradáveis para os dois. Músicas que fizeram e faziam parte da história de ambos. Músicas que cantavam o passado e o presente de um casal. O som servia, também, para aliviar a angústia daquele silêncio.

Ele não vinha mais para as sessões, mas, sempre que passava pela consulta médica, nós nos víamos.

Numa dessas consultas, foi detectado um tumor no cérebro. O declínio foi rápido e em mais ou menos 2 meses ele faleceu.

Soube que Clarice está tentando refazer seus sonhos. Parece que está de mudança para a casa de parentes. Está dando continuidade a sua vida.

É engraçado como a memória que se vai perdendo com o avanço da demência vai sendo sustentada por quem está próximo, por quem senta ao lado e ouve, por quem ajuda nos passos lentos ou se aproxima quando fala, para se esquivar do déficit auditivo. As lembranças, as imagens daquele filme que víamos no céu do consultório ficaram presentes na minha memória. Por

um certo tempo as lembranças que eram compartilhadas serviram para sustentar a identidade de ambos; elas se tornaram *pathos* em mim... em Clarice, nas crianças da África, nas crianças da escola e em tantas outras pessoas que, de alguma forma, foram tocadas pelas imagens e sons que se atualizam na relação com o outro. Talvez a invasão do *pathos* no humano prescindia de sua capacidade de armazenamento mnêmico; mas a elaboração e a construção simbólica a partir dessas vivências não se sustentam sem que haja um aparelho de memória. Para que o humano se torne Homem, é necessário que haja relação entre a memória e os tempos: pretérito, presente e futuro.

## **10.2 Caso Clínico 2**

### **“Ué, eu já não te disse isso antes?”**

*A nostalgia é algo necessário, creio eu, e uma maneira de todos nós encontrarmos paz naquilo que realizamos, ou até mesmo no que não conseguimos realizar. Por outro lado, se a nostalgia precipitar nossas ações numa tentativa de retornar àquela época lendária e cor-de-rosa, particularmente no caso de alguém que acredita que sua vida tenha sido um fracasso, então é algo vazio, condenado a gerar nada além de frustração e uma sensação ainda maior de fracasso. Pior ainda, se a nostalgia colocar obstáculos no caminho da evolução, então se trata de algo realmente limitante.*

Drizzt Do'Urden – personagem do romance “Os Reinos Esquecidos” de R.A. Salvatore.

Ao dar início às minhas atividades no Hospital das Clínicas, entreguei um projeto que consistia, basicamente, em oferecer atendimentos em grupo aos idosos com demência. Era evidente, para mim, que a oferta de um espaço de escuta clínica seria de grande utilidade na compreensão dos esquecimentos. Mas, mais do que isso, seria uma forma de oferecer aos participantes, que estariam longe de seus cuidadores, a oportunidade de estabelecerem novos laços sociais. Laços e investimentos recentes, com pessoas que eles estariam conhecendo ali, naqueles encontros.

A equipe conseguiu formar um grupo que contava com 6 pacientes, todos sofrendo de algum tipo de quadro demencial em estágio leve. Desse número inicial, quatro aderiram ao tratamento, que consistia em encontros semanais, durante seis meses.

Sentávamos em círculo e falávamos sempre sobre os assuntos que eles propunham. No entanto, nos últimos minutos de cada sessão, invariavelmente, eu abria o caderno “Idoso e Bem-Estar”, publicado semanalmente no Diário de São Paulo. Líamos as manchetes e discutíamos, de maneira breve, os principais temas. Foi a forma que encontrei para trazer o movimento social, que os tem como objeto de interesse nesse caderno, para discussão e inserção em suas vidas – independente do tempo pelo qual eles reteriam aquelas informações. Era um investimento no atual, e esse diálogo entre memória e presente interessava-me muito.

Vou-lhes contar a primeira sessão do grupo. Mais especificamente a história de um dos pacientes, “Seu” Leonardo.

Não havia como não prestar atenção nele. Magro, alto, bem vestido e risonho, mantinha seus olhos atentos a todos os movimentos que o cercava. De rosto comprido e com orelhas bem grandes, escondia a careca com uma boina em estilo italiano. Os olhos azuis ficavam ainda mais em evidência em virtude das grandes lentes de seus óculos. Seu sorriso era encantador... e as marcas do tempo, que deixavam linhas de expressão em seu rosto, fortaleciam seu sorriso de uma forma bastante bonita. Era como se, sempre que o sorriso brotava, todo o rosto participasse daquele momento de descontração.

Ele estava bem arrumado. Com um colete de lã por cima de uma camisa de manga comprida, protegendo-se do ar-condicionado que aumentava, ainda mais, o frio daquele inverno.

Eu pretendia, na primeira sessão, que aquele tempo fosse usado para que cada um contasse um pouco de sua história e, dessa forma, se apresentasse ao grupo.

Segue, portanto, a narrativa da sessão:

**Leonardo** – *A história toda, né? Tá bom... meus pais vieram da Itália e começaram a trabalhar nas roças que tinham aqui. Vida de colono sabe como é?*

*Sem falar a mesma língua, meu pai acordava todo dia às 4 da manhã e ia para a roça... no meio do mato. Estava sempre cheio de gente do lado, mas ele contava que era como se fosse só você e a enxada. Você começa a sentir dor em todos os músculos... mas, depois de umas três horas de trabalho, já não sente mais nada. A cabeça some do corpo... ficam só as mãos, dentro das luvas, molhadas de suor e aquele cheiro de café por tudo quanto é lado.*

*O sol nasce, ilumina todo o campo e você nem percebe. Ele fica lá no teto, bem no meio, e você não percebe. De repente, seu corpo pára... como que sozinho. Você senta e come igual doido... come tanto, mas tanto, que se alguém da cidade visse, sairia correndo de medo. Do mesmo jeito que sentou, levanta e volta pra lida do campo.*

*À noite, quando o cara chega em casa, ele nem se lembra que tem gente lá. Minha mãe era uma coisa qualquer... cozinhava, lavava aquela roupa que era suor e café e fazia filho. Não tinha conversa.*

*Português ele foi aprender na mercearia da fazenda. Lá ficava todo o dinheiro de miséria que ele ganhava. Virava pinga. Ele trocava suor por pinga. Nem sei como ele aprendeu português ali... bêbado não tem língua... fala qualquer coisa, e nada que preste.*

*Dessa história três filhos nasceram. Eu sou o mais novo, muito prazer. E se você acha que alguma coisa mudou com relação ao meu pai, pode esquecer. Ele continuava do café pra pinga, da pinga para casa.*

*Com seis anos eu comecei a trabalhar junto com ele. Naquele lugar, no meio do mato e do sol quente, não tem mais homem, não tem mulher, não tem criança. Viram todos trabalhadores. Não tinha escola, não tinha Natal, não tinha nada. Tinha café, café, café e café.*

*Um dia, meu pai completamente bêbado começou a brigar em casa. Minha mãe estava cortando a carne, chorando baixinho para o “bebum” não escutar. É até estranho, sabe? Mas eu lembro muito bem dessa cena. A nossa casa era de madeira, era boa até... colono mora em qualquer lugar. A cozinha era quente pra diabo, a lenha estalava no forno feito pela minha mãe mesmo! Tinha cheiro de pão... Ah, que pão bom aquele da roça... Bom, mas aí ele levantou, reclamando de ninguém sabe o quê. Minha mãe com a mão toda suja de carne limpava o rosto. O rosto ficava preto por causa da poeirada que subia do fogão... dá para ‘imaginá’ a cena, né? Eu já tinha uns 12 anos... ele levantou a mão pra ela e eu dei um berro. “Você é um vagabundo! Bêbado!”. Naquele dia eu apanhei tanto, tanto que eu nem consigo me lembrar mais. À noite,*

*quando cada um já estava no seu lugar de dormir, eu engolindo ainda o choro, escutei meu pai me pedir desculpas. Tudo escuro... o quarto era de todo mundo... não tinha isso de 3 suítes como tem aqui na cidade. Só escutei ele dizendo: "Você foi valente menino. Desculpa o seu pai... vou mudar." Eu fechei os olhos, me cobri e rezei baixinho.*

*Não é que o cara mudou mesmo? Naquela época eram 4 homens da família com a mão na enxada. Às vezes, até a minha mãe ia junto. Dava gosto de olhar para o lado e ver todo mundo se mexendo naquele mundo café... eu até comecei a gostar do cheiro, da dor nas pernas... Meu pai olhava para mim e dava risada, falava que eu era um menino que trabalhava por uma casa de colono! Era engraçado porque a gente dava risadas e os dentes estavam todos sujos de terra... a beleza não estava na limpeza, estava na luta da família.*

*Em três ou quatro anos nós conseguimos juntar dinheiro para comprar a nossa terra! Agora a gente tinha o nosso café! Você não vai acreditar, mas todo dia, quando meu pai acordava e abria a janela... batia aquele vento de início de dia e trazia aquele cheiro de felicidade. O café agora tinha cheiro de beleza, era nosso.*

*Eu colocava minha bota e saía de casa. Eu olhava aquele céu, rezava e saía correndo para brincar com a porcada! Era correr atrás de galinha e de pato que eu nem te conto. Tinha a horta, coisa mais linda! Minha mãe era uma artista. O que aquela mulher parava para fazer com as mãos virava sonho. Tinha salada e carne todo dia. Tinha mesa e família junto. Você vê, fui começar a brincar de ser criança de verdade quando eu já era moleque!*

*Um dia de Natal meu pai chegou em casa, e entregou um boneco de casca de milho pra cada um dos filhos! Foi o meu primeiro presente. Minha mãe cozinhou o milho e meu pai fez os bonecos...*

*Eu vivi a vida, meu amigo... sentado, na porta da nossa casa... com a bunda no chão de terra, brincando com meu boneco de folha de milho.*

*Assim eu fui crescendo, sempre trabalhando muito. Deixar de ser colono não queria dizer trabalhar menos. Mas só o fato do meu pai ter largado aquela maldita pinga, fazia com que a vida tivesse sabor de vida, e não de desgraça.*

*Nesse vai-e-vem de trabalho eu acabei conhecendo a Ângela. Ai, ai, ai... que mulher danada de linda. Ela morava na fazenda ao lado da nossa, e vira e mexe a gente se esbarrava na mercearia. Me apaixonei por ela e ela por mim. Só que o pai dela não podia me ver, tinha ódio! Dizia que filha dele não iria casar com italiano vagabundo! Não queria ter neto com colono!*

*Um dia eu cheguei bem perto dela, enquanto ela arrumava a sacola com as compras, e falei no pé do ouvido: “Quer casar comigo?”. Ela tremeu toda e derrubou todas as coisas no chão. Foi uma situação engraçada, no meio de todas aquelas caixas de fruta, estávamos nós dois mais vermelhos de vergonha do que as maçãs e os tomates.*

*Naquele mesmo dia, a gente acabou combinando um plano. Eu entrei na fazenda do sogro nervoso e catei minha futura esposa pulando a janela. Fugimos os dois para a minha casa... e assim começou a minha vida como homem da minha própria família.*

Nesse momento, Camilo, outro senhor que participava do grupo e ouvia tudo com muita atenção perguntou: “Então você é casado?”



Com os olhos cheios de lágrimas, ele respondeu: “*Não sou mais, não. Hoje eu sou viúvo, sabe?*”

**Camilo** - “*Ah, que coisa horrível!*”

**Leonardo** - “*É duro! Eu fui descobrir que a vida de homem casado não é fácil. Pai de família, roceiro, tendo que sustentar a esposa e as crianças, tem uma vida dura.*”

*Eu tive três filhos. Duas meninas, que eu formei doutoras e um menino. Esse menino eu só não formei doutor porque ele teve uma doença que quase acabou comigo.*

*Eu andei por 16 médicos diferentes até encontrar o que estava acontecendo. Consegui um médico alemão que atendia perto da nossa casa, e ele descobriu que o meu filho tinha crescido muito e que um osso perto do pescoço tinha atrapalho o ouvido e ele ia ficar surdo.*

*Como é que você acha que fica um coração de pai quando escuta uma coisa dessas? Como é que dá para imaginar um filho tendo que lutar a vida, sendo surdo?*

*O médico me disse que tinha que operar o menino, mas que não tinha como assegurar que iria dar certo. Eu gastei uma fortuna... se fosse nos tempos de hoje, seria algo como o preço de quatro casas para operar cada ouvido. Teria dado para formar ele doutor e ainda sobrava dinheiro. Mas Deus não quis assim, fazer o quê?*

*Ele cresceu, meio surdo, mas cresceu. Virou homem, trabalhador e forte. Casou com uma japonesa e agora está lá... lá no Japão. É longe... muito longe pro coração de um pai dessa idade. Mas fazer o que, né?*

**Camilo** – *É duro ficar longe dos filhos, né? Eu não me imagino longe da minha família. Ainda bem que o senhor é casado!*

**Leonardo** – *Não sou casado mais. Minha esposa morreu já faz três anos.*

**Camilo** – *Ah, nossa! É verdade... e ainda ficar longe dos filhos é duro. E ele é bom com você?*

**Leonardo** – *É muito bom. Mas ser bom longe é uma coisa... Eu quero mesmo é ele perto de mim.*

**Camilo** – *E ele mora longe?*

**Leonardo** – *No Japão! Tem cinco anos já. Mas houve uma vez em que eu fiquei doente e ele veio me visitar no hospital. Ele veio do Japão! A gente se ama muito. Só que essa distância acaba comigo... eu fiz de tudo para formar outro doutor... mas ele teve um problema no ouvido e eu acabei tendo que gastar uma fortuna para operar esse menino!*

*Para você ver, eu tive que passar por 16 médicos diferentes até encontrar um que me dissesse que sabia qual era o problema. O que aconteceu foi que ele cresceu muito e um osso que fica perto do pescoço*

*acabou interferindo na audição dele. Tinha que diminuir esse osso e, mesmo assim, não era certo que ele ficaria bom.*

*Só que coração de pai é coração valente. Tudo o que eu poderia ter gastado com os estudos dele eu gastei pra curar o menino.*

*A vida na roça era difícil com criança; e eu queria que meus filhos pudessem estudar. Um dia eu cheguei pra minha esposa e falei de ir pra cidade. Ela também achou melhor... todo mundo falava de São Paulo, a gente pensava que seria bom pra todo mundo.*

*Vendi a fazenda na mesma semana. Aquele dia eu não esqueço nunca. A casa era simples mas era linda. A madeira tinha um cheiro gostoso, era uma mistura de cheiro de planta, com cheiro de chuva e com cheiro de "lar". Na cozinha tinha um fogão com boca de fazer pão... e quando a Ângela colocava o pão para assar, vinha aquele cheiro de pão quentinho por toda a casa.*

*Eu olhei para trás, antes de fechar a porta, e me despedi da mesa, que tinha um paninho de prato com desenho de milho em cima... foi uma forma de nunca esquecer a importância do meu pai na minha vida, e do quanto presentear os filhos com amor é importante.*

*Eu fechei aquela porta, olhei pro horizonte e escutei todos os pés de café me darem tchau. Ali, naquela hora, meu coração chorou!*

*Pisei na cidade e quis morrer. Oh, coisa horrível isso daqui!*

*Uma coisa é trabalhar com o pé na terra, com a natureza dizendo até que horas você pode ou não ficar no campo. Outra coisa é uma indústria. Aqui é horrível... é fedido de fumaça, tem barulho por tudo quanto é lado. A roça faz falta.*

*A molecada foi estudar. Só que tinha uma coisa que me preocupava. Meu menino não escutava direito. Uma vez eu chamei ele da sala, ele estava no quarto, bem pertinho, mas não vinha e nem respondia. Eu fiquei bravo e dei um tapa na cabeça dele. Eu fiquei muito nervoso... eu fazia de tudo por aquelas crianças e não iria admitir que eles me ignorassem!*

*Ele tomou um susto e começou a chorar. Ele não tinha entendido nada, coitado. Ele não tinha escutado. A hora que eu percebi isso, eu senti meu corpo todo perder a força. Peguei ele no colo, sentei na cama e a gente acabou chorando junto. Eu pedi desculpas e prometi para ele que ia tratar desse problema.*

*A partir daquele dia, era eu e ele, de mãos dadas pela cidade, entrando em tudo quanto é consultório médico que a gente achasse.*

*Ele colocava o macacão mais bonito que ele tinha. Ficava lindo, sabe? Penteava o cabelo para o lado, arrumava o sapato e íamos os dois. Eu sempre com essa boina aqui na cabeça, sempre fazendo questão de mostrar que eu sou um descendente de italiano, e que tinha no sangue a luta de uma família toda.*

*De repente a gente achava uma placa na porta de uma casa, Dr. Isso ou Dr. Aquilo. Eu abria um sorriso e meu coração me dizia que daquela vez iria dar certo. A gente entrava e ele sentava no meu colo. Eu tinha medo de deixar o menino de 5 anos andando no meio daquele corredor cheio de gente.*

*O tempo ia passando e aquela ansiedade ia aumentando. No meio da bagunça eu escutava: "Marcelo!". Era a nossa vez. Eu me levantava, pegava na mão do menino e íamos para a consulta salvadora!*

*Eu repeti isso 16 vezes.*

*Eu já não tinha mais esperanças, o menino estava com 8 anos. Não era fácil encontrar médico novo na cidade. Não era como agora que você encontra quatro mil médicos para cada coisa. Um que cuida do ouvido, outro que cuida dos ossos e assim vai. Era o mesmo médico para cuidar de tudo.*

*Encontrei um médico alemão. Fui conversar com ele, sozinho. Eu entrei no consultório dele e fiquei bobo de ver. Era tudo muito arrumadinho. A sala era clara, tinha uma mesa bonita no meio. Enquanto eu contava a história do meu filho ele se levantou, todo de branco, e sentou na cadeira do meu lado. Ele colocou a mão no meu ombro e me disse que iria me ajudar a curar o menino, mas isso iria custar muito dinheiro.*

*Ele teve que fazer duas operações e eu não sei explicar direito como foi. Acho que teve que raspar um pouco do osso, que passava pelo pescoço e que estava tapando o lugar onde escuta.*

*Eu gastei quatro casas em cada ouvido. Foi uma fortuna, mas todo o dinheiro do mundo vale a pena para um pai ter a certeza de que os filhos vão vencer na vida. Minhas duas meninas foram estudar e eu formei as duas doutoras. As duas viraram professoras. O rapaz foi trabalhar numa fábrica de carros. Ele é trabalhador sabe? Mesmo com o problema, ele não abaixa a cabeça pra trabalho nenhum. Só não formou doutor, mas mesmo assim, ficou um bom menino.*

*Há 5 anos ele conheceu uma moça, a Nice, e começou a namorar. Só que o problema dessa mulher é que ela é de família japonesa, e eles acabaram indo morar lá. Eu fico com raiva porque é duro para um pai ficar longe dos filhos, ainda mais nessa idade que a gente nunca sabe como vão ficar as coisas amanhã.*

*Hoje eu moro com a minha filha, o marido dela e duas netas. Ah, mentira, eles é que moram comigo! A casa é minha, eu ainda estou vivo e, portanto, é minha.*

**Camilo** – *Mas e a sua esposa?*

**Leonardo** – *Ué, mas eu já não falei que ela morreu?*

**Camilo** – *Acho que não falou não. Eita, ela morreu como?*

**Leonardo** – *Eu acho que ela morreu de tristeza.*

*Eu não fui um bom marido. A gente vivia entre “tapas e beijos”, mas eu sei que fui muito distante dela. A vida de um homem de família é muito difícil. Eu acordava, olhava aquela família grande e sabia que tinha que ganhar meu dinheiro para dar um futuro bom para eles. Durante esse tempo eu acabei me afastando muito da Ângela.*

*Minha filha diz que a mãe era só tristeza. Ela tinha fugido para ficar comigo e eu tinha deixado ela de lado. Isso me dói muito no peito, mas vou ter que esperar para pedir desculpas num outro momento.*

*Eu tenho um filho, que é meio doente, mas eu prefiro não falar disso ainda. E esse menino acabou indo morar no Japão. As filhas se casaram e mudaram para suas casas. Aí, nós tivemos que morar só nós dois mesmo, eu e minha mulher... só que foi impossível. Era uma casa de tristeza.*

*Eu olhava para ela, sentada, com as pernas inchadas, os olhos sempre vermelhos de choro e não agüentava. Eu sabia que eu tinha decepcionado*

*muito aquela mulher... e eu sabia que não iria dar para arrumar as coisas naquela altura.*

*Eu saía de casa e ia até uma venda que tem lá perto. Eu conheço a dona e ela me deixa arrumar as frutas e os legumes nas caixas. Eu não ganho nada... mas só de sentir aquilo nas minhas mãos, só de sentir o cheiro da roça, eu me sentia bem. Até hoje eu vou, todos os dias, arrumar as caixas... às vezes eles me levam até no CEASA.*

*Eu chegava em casa e batia aquela dor. Eu olhava a minha esposa, decepcionada com o marido que eu fui e olhava nas fotos a cara do meu filho... e eu sei que esse eu não consegui formar doutor.*

*Ele teve um problema no ouvido e foi uma loucura... nunca ficou bom de tudo. Eu gastei tudo o que eu pude para ajudar, eu juro, mas mesmo assim não ficou bom.*

*Agora é isso... eu velho, morando com os outros, longe do meu filho, viúvo... Agora é esperar a vida passar, né?*

*Quatro horas da manhã eu sinto que é hora de levantar. Abro as janelas e vem um grito de palavrão da minha neta que balança até a porta do meu quarto. Ela me xinga, diz que estuda até tarde e que precisa dormir para descansar e que com um velho levantando às quatro da manhã não dá para ter sossego em casa.*

*É bom acordar assim, né? Aí eu volto pra cama... só que eles não entendem que, quando um velho fecha os olhos, deitado, e sem sono, ele fica sofrendo o tempo todo. As costas não aceitam mais ficar naquela posição, a cabeça fica cheia de vontade de me levar de volta pro café... pros bailes das fazendas.*

*Eu era o sanfoneiro dos bailes! Você sabe que maravilha é ser o sanfoneiro? Você fecha os olhos e sente a música no seu corpo, no seu coração... você sente o sorriso de todo mundo ali em volta, todo mundo se mexendo com a sua música. Ali, quando você abre os olhos de novo, encontra o olhar de todas as mulheres do baile... todas encantadas com a sua música, com a sua dança...*

*Agora, eu ligo o rádio com uma moda de sanfona e só falta me matarem. Aí, eu vou levando a vida.*

*Acho que eles me trouxeram aqui porque eles acham que eu esqueço das coisas. Não tem nada disso, eu estou com a cabeça boa... o que me faz mal é a saudade que eu sinto do meu filho. Às vezes, a gente fica um mês sem se falar porque a ligação de lá pra cá é muito cara e ele está guardando dinheiro para vir me visitar.*

*Enquanto isso eu vou pra venda, vou jogar meu baralho... e, agora, vou acabar vindo aqui também. Aí eu vou te contando a minha história... até te falo da minha luta com meu filho doente, esse que está no Japão. Esse me deu trabalho! Me dá trabalho!*

### **10.2.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso Clínico 2**

Eu tive a oportunidade de escutar, por diversas vezes, a história do filho doente de Leonardo. Em algumas oportunidades ela vinha recheada de detalhes e, em outras, surgia apenas como uma referência a um assunto sobre o qual ele não queria aprofundar-se.



Era interessante notar que esse relato fazia parte de uma narrativa longa e rica em detalhes, mas apresentava-se como algo que se repetia sem se ancorar na memória anterógrada. Contudo era visível que o assunto sempre afetava Leonardo de forma profunda. Mas eu me perguntava de que forma algo que o afetava tanto, que produzia tamanha comoção poderia ser “esquecido” em questão de minutos?

Todos os familiares reclamavam e diziam não ter paciência para conversar com ele. Diziam-me que uma coisa era ouvi-lo uma vez por semana e outra, bem diferente, era ouvi-lo todos os dias. Percebi, dessa forma, que eu não poderia apenas ouvir as “repetições” como uma falha cognitiva. Passei, então, a ouvir a história do filho de Leonardo como uma produção onírica.

Ouvir como um sonho me permitia compreender melhor o funcionamento psíquico que, em minutos, afastava da consciência a passagem de todo aquele discurso repleto de afeto. Era sensível, era profundo e, assim como os sonhos, não tinha a liberdade de permanecer na consciência por muito tempo, tampouco sem os traços marcantes da censura.

Outro ponto interessante consiste no fato de que Leonardo conseguia narrar de forma detalhada as experiências do passado. Conseguia descrever com muitos detalhes os cheiros, as cores e as sensações vividas. Mas, em seu presente, não era possível encontrar objeto algum que sustentasse uma experiência que se opusesse à sensação de fracasso.

É possível reconhecer uma auto-recriminação a respeito do não sucesso com todos os filhos. Ele fracassou com o filho homem; filho que agora o “abandona” e passa a morar no Japão.

A sensação de fracasso, representada por esse registro mnêmico, talvez tenha recebido essa carga intensa de investimento justamente por ser compatível com a sensação de “fracasso” do ego ideal diante do envelhecimento. Há uma analogia entre um fracasso na juventude e os fracassos desta etapa atual de Leonardo. A evocação tão vivaz desse acontecimento pode-se apresentar como uma produção simbólica que dê conta de representar as frustrações da senescência que, nesse caso, estariam potencializadas pelo desenvolvimento demencial.

A riqueza dessa formação de compromisso – no sentido da repetição sintomática – reside no fato de que a evocação da lembrança traz consigo, também, a narrativa de um poder. O poder de ter sido proprietário de tantos imóveis, de ter tido a coragem de vendê-los para “salvar” o filho, de ter propiciado estudo para as outras duas filhas e de ser incansável em suas lutas.

Ao mesmo tempo que gratifica os desejos punitivos do superego, encontra uma saída fantasiosa para evitar o sofrimento de encontrar-se, no presente, sentindo-se um inquilino dentro de sua própria casa. Casa, aqui, pode ser entendida tanto quanto o próprio corpo, que dolorido passa a exigir uma freqüência menor de esforço físico, como a residência em si.

Ele revive intensamente os detalhes da sua narrativa, de uma época em que Eros estava presente na idéia de futuro e havia uma força hercúlea que levantava enxadas e arrebatava amores pelos campos de trabalho.

Penso que a sensação do fracasso (que estaria extremamente vinculada ao processo de constituição de uma identidade na velhice) é parte importante deste caso. Ao me contar as atividades cotidianas, Leonardo contava-me a dificuldade crescente que encontrava em atravessar a avenida para chegar ao

banco e retirar o dinheiro de sua aposentadoria. Contava que as pernas não conseguiam competir com a velocidade dos semáforos; aos poucos, foi deixando de lado suas tentativas e tornou sua filha a responsável por seus saques.

As caixas de frutas já estavam deixando seus recados nos músculos dos braços e das pernas. Aquilo que era tido como uma atividade, ou melhor, um prazer diário passava a deixá-lo de cama, dia sim, dia não.

Sempre que iniciávamos alguma conversa sobre o presente, Leonardo logo oferecia alguma comparação com suas experiências passadas.

Sua filha queixava-se de que ele comprava pães 2, 3, até 4 vezes por dia. Ele chegava em casa e recebia uma grande bronca por ter “esquecido” que já havia pães mais do que suficiente para o dia e, às vezes, para o resto da semana.

Contudo ela não sabia o prazer que Leonardo tinha ao comprar pães. Ele dizia ao Grupo que não resistia ao “cheiro da padaria”, quando os pães estavam saindo do forno e estavam quentinhos. Assim como não deveria resistir às lingüiças de porco que, por pensar que tinham acabado, terminavam por encher completamente o *freezer*.

Claro que é possível pensar uma série de relações entre o latente, que sustentariam seus esquecimentos, assim como suas expressões manifestas. Ele “voltava” à fazenda ao encher a casa de pães feitos na hora, quentinhos. Assim como voltava a sentir-se o provedor da casa ao trazer a carne do açougue.

Talvez esse *link* possa ser realizado com mais facilidade em virtude de o processo demencial estar em fase inicial. Com o passar do tempo e com o

agravamento do quadro, os pacientes vão perdendo o acesso aos representantes. A possibilidade de fazer da memória um objeto de investimento que contribua para a manutenção da vida vai cessando. O prognóstico em demência aponta a diminuição gradual do acesso à palavra, à imagem... ao simbólico.

O passado, quando se esvai e perde a função de sustentação da identidade, expressa-se num corpo sem sujeito. Assim como nos sonhos em que a via sensorial sofre grande carga de investimentos em contraposição à motricidade, o demente em estado grave também perde o acesso ao motor.

A cama perde sua riqueza e torna-se um encosto que segura um corpo sem movimentos. Os olhos ficam abertos, mas muitas vezes não dizem nada. Medicamentos, cilindros de oxigênio e alimentação parenteral tornam-se recursos utilizados pelos familiares e pela medicina para manter o corpo em condições suficientes para segurar o fio de funcionamento vital. As escaras apresentam-se àquela pele que, durante tantos e tantos anos, acompanhou-o na aventura da vida.

Eu sempre ouvi as histórias de Leonardo. Minha escuta nunca se colocou na posição de recusa ou de amolecimento diante da idéia de que eu já conhecia o que estava sendo dito. Sempre pensávamos no quanto a sensação de inadequação e fracasso, vivida nos dias atuais, poderia estimular as repetições daquilo que seria a sua maior derrota – não ter formado o filho doutor e sentir-se abandonado por ele.

Sua narrativa, tão rica de detalhes sensoriais, muitas vezes fazia com que nos sentíssemos vivendo aquele período e aquela situação que estava sendo descrita. A evocação parecia constituir-se como um espelho, a partir do

qual Leonardo se enxergava e se apaixonava pelo homem que fora outrora. Ali, no discurso, ele se reencontrava com um tempo de prazer que sobrevivia ao fracasso em relação ao filho.

A respeito dessa idéia de uma imagem a ser resgatada na evocação, Delia Catullo (1998) comenta:

*“O rosto procurado ante o espelho (ou nas fotografias) coincide com aquele das fases de maior satisfação narcísica, fases que de um ou de outro modo remeteriam à ilusão de completude do Eu ideal, de sê-lo todo.” ( p. 54)*

Aos poucos a participação de Leonardo na mercearia foi sofrendo transformações. As caixas estavam sendo manuseadas por outros braços e sustentadas por outras pernas. Mas ele continuava ali, perto das frutas, verduras e legumes. *“Hoje em dia”, disse-me ele, “a criançada sai da escola e passa na venda. Se eu não fico esperto, eles acabam roubando uma maçã, uma pêra... então a gente tem que ficar esperto, né? De segunda a sexta eu estou lá... fazendo esse trabalho.”*

Leonardo parecia utilizar o presente para reencontrar o passado. Em casa as brigas ecoavam, o desencontro dos desejos de tantas gerações diferentes dentro do mesmo local fazia com que ele se sentisse completamente inútil e, algumas vezes, malquisto. Ele reclamava do banho, reclamava dos cuidados que deveria tomar com a saúde, reclamava das medicações e da comida.

Parecia que Eros se afastava cada vez mais do contemporâneo e passava, conseqüentemente, a ser buscado nas evocações que eram vividas

intensamente. O passado ia ganhando *status* de presente. Em virtude dessa fragmentação do tempo coletivo, Leonardo passou a apresentar crises confusionais com mais frequência e era visível que a capacidade de armazenamento de informações recentes estava cada vez mais prejudicada.

No terceiro ou quarto mês de atendimento, recebi a informação de que Leonardo havia sido internado. Dores fortes nas costas, durante a respiração, serviram como sinais para o diagnóstico de pneumonia. A filha chorava e dizia-me que ele estava esperando o filho chegar do Japão para visitá-lo.

Ela contou que o irmão ganhava pouco no Japão e que os telefonemas para o Brasil saíam uma fortuna. Ele enviava muitas mensagens pela internet, mas o pai não conseguia “sentir” o filho nos textos que apareciam na tela do computador.

Uma *webcam* surgiu como possibilidade de contato visual e Leonardo foi comunicado de que seu filho não viria para o Brasil, mas que tinham arranjado uma forma de colocá-los “frente a frente” para que pudessem bater papo todos os dias.

Numa semana Leonardo já se sentia melhor e narrava ao Grupo a maravilha de poder conversar com seu filho por meio dos vídeos e do computador. Ele tinha visto seu neto e tinha até começado a gostar um pouco da nora. Era interessante notar que o registro mnêmico desse encontro virtual com o filho era preservado – e narrado. A lembrança não ruía em conjunto com tantas outras informações que lhe eram dirigidas. Meu nome continuava sendo esquecido, assim como a compra de pães, o horário das medicações e até mesmo se já havia, ou não, feito as refeições.

Talvez a possibilidade de interação com o filho illustre um movimento familiar maior e mais complexo. Leonardo passou a ser mais bem compreendido, ouvido e valorizado, sem que o estado demencial fosse visto como “mau comportamento e birra”. Uma nova dinâmica foi sendo constituída e a recuperação de relações sociais mais valorosas, talvez, tenham influenciado ou estimulado um retorno, mesmo que parcial, da libido ao tempo presente. Tempo de encontro com outros, tempo de prazeres possíveis e de risadas ainda gostosas. Esse possível reengate da libido aos objetos presentes pode estar, de maneira importante, fundamentando novos registros mnêmicos – a respeito do recente.

Leonardo esquecia-se de que já havia falado com o filho pela internet, naquele dia e queixava-se de que estava sendo abandonado ou de que o estavam enganando. A repetição continuava presente, o desejo continuava não sendo satisfeito de maneira satisfatória para se constituir como lembrança de gratificação. Contudo a imagem de um processo pelo qual o encontro era possível estava sendo registrado. Havia, novamente, tempo presente preenchendo a memória.

A partir desse ponto, é possível pensarmos sobre a importância daquilo que fica e daquilo que não fica registrado como traço de memória. Essa questão está diretamente ligada à qualidade do que é dito e do que é vivido na clínica e na vida em geral, como algo que tenha maior ou menor tendência a tornar-se parte da biografia do sujeito.

Interpretações, que exijam um processo cognitivo e sensorial complexo, deixam de ser altamente relevantes na clínica com idosos em processo

demencial. A intervenção clínica em forma de comentário pareceu-me ser muito mais eficaz no encontro com Leonardo.

Elie Wiesel dedica a apresentação de seu livro, “Homens sábios e suas histórias”, a Rashi. Ele descreve Rashi como um estudioso do Talmude babilônio e um homem profundamente dedicado à arte do comentário. A esse respeito o autor escreve:

*“Comentar é resgatar do exílio uma palavra ou uma noção que pacientemente esperavam fora do reino do tempo e dentro dos muros da memória.” ( p.21)*

E acrescenta:

*“Seu comentário nunca é um fim, mas um começo, um eterno começo. Pede mais, sempre mais. Assim, o estudioso, o leitor, se torna seu sócio, seu parceiro, seu companheiro de busca. Juntos se aprofundam cada vez mais nas secretas entranhas de palavras aparentemente simples em frases complexas.” ( p.22)*

Tornava-se evidente, portanto, que, mesmo dentro de tantos esquecimentos e repetições, havíamos construído um companheirismo em todo o Grupo. Era aquilo que nos sustentava diante da possibilidade de comentarmos a presença e a narrativa do outro. De buscar, na memória de quem está ao lado, a palavra que já não mais pertence ao narrador demenciado. De buscar uma escuta profunda, atenta e sincera diante daquilo



que estimula um reencontro fugaz com Eros entristecido que, por assim estar, torna-se incapaz de simbolizar a velhice de maneira mais confortável.

Então, começamos a comentar, também, a vida cotidiana. Estávamos vivendo a rotina de uma cidade em época eleitoral. Teríamos de escolher o novo prefeito da cidade e essa seria, pensava eu, uma ótima oportunidade para o enlace e para o exercício da responsabilidade com o atual. Para minha decepção nenhum deles tinha título de eleitor e já haviam deixado de votar há, pelo menos, uma década. Propus, portanto, que tivéssemos uma sessão apenas para tratar desse tema e faríamos ali, na nossa sala de atendimentos, uma prévia das eleições. Cada um votou, secretamente, e discutimos prefeitos, governadores e presidentes de épocas passadas e atuais.

Dois deles conseguiram votar “de verdade”, usando outros documentos e resgatando as informações sobre o local e o setor da escola na qual deveriam comparecer.

Após seis meses de trabalho, o Grupo chegou ao fim. Eu, por diversas vezes, me perguntei: “Eles melhoraram? Deixaram de esquecer as coisas com a frequência com que faziam?”.

Não, nenhum sintoma regrediu... todos chegaram e saíram com o diagnóstico de que sofriam: de demência.

No entanto é importante dizer que eles não pioraram. Durante seis meses não houve piora no quadro de nenhum dos quatro pacientes. As relações familiares melhoraram, o estresse dos cuidadores e dos pacientes diminuiu e a vida seguiu seu curso.

Acabei não encontrando mais nenhum dos quatro idosos, mas espero que, como os frutos deste trabalho, tenham conseguido se manter no *páthico* diálogo entre atual e inatual.

### **10.3 Caso Clínico 3**

#### **“Um caso de Não – Demência”**

*Não creio que a velhice seja pobre de alegria; as cores e as fontes dessas alegrias é que são outras.*

Alexander von Humboldt, Naturalista (1769-1859)

O atendimento psicológico voltado aos pacientes internados na enfermaria do serviço de geriatria do hospital, no qual o trabalho estava sendo desenvolvido, passou por um rearranjo. No começo de 2004, uma nova equipe de aprimorandos iniciou os trabalhos e, portanto, encontrávamo-nos diante da necessidade de dividir os leitos para atendimentos de acordo com o número de profissionais naquele momento.

Subi, então, até a sala da Psicologia, no ambulatório de Geriatria, para pegar a lista de leitos cuja responsabilidade de atendimentos seria minha. Havia lá, em cima da mesa, um bilhete que informava: “leitos 08 e 14”. Assim começou o meu encontro com João.

Ao entrar no quarto onde ele estava, com mais três outros pacientes e seus respectivos cuidadores, encontrei-o dormindo. Deitado ao lado da janela,

iluminado pelo reflexo do sol de mais uma manhã quente de março em São Paulo, ele dormia tranqüilo.

De pele negra, cabelos e barba branca, João não mostrava uma ruga sequer em seu rosto liso. Ao lado dele estava sentada uma mulher que fazia cruzadinhas. Abaixou seu caderno de passatempo e abriu um grande sorriso ao notar minha aproximação. Apresentei-me, contei-lhe que era o psicólogo que iria atendê-los enquanto João permanecesse internado. Neusa era o nome dela, e de imediato começou a me contar o que estava acontecendo com o pai.

Ela me contou que João já havia passado por uma série de exames, na tentativa de descobrir a etiologia de um quadro de tontura muito forte. Mas, até então, todos diziam que não havia motivo orgânico aparente que sustentasse tais queixas – e os médicos lhe diziam que poderia ser “psicológico”.

Contou que ele iria receber alta no dia seguinte, na parte da manhã. Estavam aguardando os últimos resultados laboratoriais e, após a análise deles, iriam para casa. Aquele seria, portanto, meu único encontro com João.

Neusa segurou nas mãos do pai e chamou-o. João abriu os olhos e fomos apresentados por sua filha. Estendeu-me a mão e cumprimentamo-nos. A mão de João, além de dar boas-vindas, mostrava, em oposição ao seu rosto, as marcas do tempo. Tinha as mãos bem enrugadas, magras e com os dedos finos. Havia ali, e naqueles olhos, a denúncia de muitos anos de vida. João contou – para minha surpresa – que estava com 95 anos.

Perguntei-lhe como estava se sentindo e a resposta foi que estava melhor naquela manhã. Contou-me que, desde muito jovem, algo em torno dos 18 anos, sofria de labirintite. Mas há um ano vinha sentindo uma tontura

diferente: *“Eu não sinto bem uma tontura, sabe? O que acontece é um peso dentro da cabeça e eu perco o equilíbrio.”*

Pedi que ele me dissesse em quais situações o peso tendia a aparecer, e ele me contou: *“Eu fico muito nervoso, sabe? Eu queria trabalhar, mas vou percebendo que eu não consigo mais fazer todas as coisas que eu fazia antes. Isso me deixa irritado e o peso começa.”* A irritação vinha, portanto, antes do “peso”.

Perguntei qual a profissão de João e quais eram as atividades que ele já não conseguia mais realizar. Ele me contou que era pedreiro, que carregava tijolos e levantava casas.

*“Agora eu sei que não dá mais para fazer essas coisas porque eu não agüento mais carregar tanto peso, mas eu sinto falta de trabalhar, sabe? Eu até sonho que estou trabalhando – sonho que tem um terreno cheio de grama, e eu tenho que tirar toda aquela parte do mato para poder fazer a sustentação da casa. Se não tirar a grama, aquele tipo de terreno estraga a estrutura da casa. Mas eu acabo não conseguindo e acordo nervoso. Olho pros lados e acabo ficando mais tranqüilo porque percebo que era só um sonho.”*

João, abrindo um largo e gostoso sorriso de poucos dentes, contou que também sabia arrumar relógios, mas que, em virtude de a visão não ser mais a mesma, só conseguia trocar as baterias e por esse motivo tinha, também, abandonado esse trabalho. O sorriso foi fechando-se, acompanhando e ilustrando a decepção com a acuidade visual que o abandonara.

Neusa voltou a falar. Contou que a mãe havia falecido em 1997 e o pai havia ficado morando sozinho até o final de 2002, quando ela veio morar com ele, trazendo o marido de 74 anos que sofria de Alzheimer. Disse que o pai

ajudava a cuidar do genro, e que os dois eram bons amigos. Depois de um certo silêncio, Neusa contou que o marido havia falecido há dois meses.

João, que ouvia com muita atenção o que a filha dizia, manteve seus olhos, que passavam muita tristeza, fixos em mim, após o silêncio da filha. Disse-lhe que parecia triste, e ele me contou que sentia falta do amigo e estava preocupado. Tinha medo de que acontecesse o mesmo com ele. Tinha medo de ter a mesma doença.

Abriu um novo sorriso e contou: *“eu, às vezes, sonho com a minha esposa. Eu mato a saudade.”* Continuou: *“Sabe, eu estava pensando, vou procurar não ficar mais nervoso à toa não. Minha filha queria pintar o portão e eu coloquei o meu banquinho lá do lado e lixei ele inteirinho. Quer dizer, ainda tem um bocado de coisas que eu posso fazer, né?”* Respondi-lhe que sim, que havia muitas coisas que ele poderia continuar e até começar a fazer.

Despedimo-nos, despedi-me de Neusa e acenamos um “tchau” com as mãos enquanto eu saía do quarto onde João estava.

### **10.3.1 Algumas considerações metapsicológicas a respeito do Caso**

#### **Clínico 3**

João, o mais idoso de todos os casos citados neste trabalho, está com medo de ter Alzheimer. Está saudável conversa na dose que seu corpo permite, sorri o branco de poucos dentes na boca, faz e recebe, com muito gosto, carinho de sua filha.

Qual o sofrimento de João? Como entender, com apenas um encontro, tão rápido, a complexidade psíquica desse sujeito?

Penso, que nesse caso, tenhamos de nos contentar apenas com hipóteses. Hipóteses que nos auxiliarão a pensar não apenas no que permitiu João chegar até esta idade, sem sucumbir entristecido à velhice.

Uma hipótese possível, a respeito de seu quadro atual, é a de que João está com medo da morte, medo do fim. Medo estimulado pelo falecimento do genro. A morte, que é da ordem do não-representável, ganhou os contornos de um objeto ameaçador: a demência do tipo Alzheimer. A ameaça da morte ganhou um nome, ganhou uma descrição sintomatológica da qual João pode fugir ou tentar-se defender.

Ele passou por internação, em virtude de apresentar crises de tontura, mas me parecia estar interessado em se certificar de que não estava com Alzheimer – de que iria viver por mais algum tempo.

Talvez a tontura represente um movimento de reorganização subjetiva. Um balanço nas estruturas diante do trabalho de luto que se fez necessário. Um querido amigo se foi e lhe deixou um peso que o desequilibrou, um peso que demandou um trabalho árduo, que envolve tanto o abandono gradual dos investimentos nesse objeto, como uma reorganização da própria envelhescência<sup>1</sup> por meio da depressividade.

João foi jogado, novamente, na certeza de que todos temos um fim. O que me parece ser, também, interessante é que, talvez, o processo de envelhescência passe por um enfraquecimento da idéia de que morreremos. Saber isso, conscientemente, não quer dizer que todas as instâncias psíquicas aceitam esse fato. Parece-me que a questão da morte fica pouco investida, deixada ali, de lado, sem que a consciência se dedique a ela de maneira

---

<sup>1</sup> Berlinck (2000) traduz como “envelhescência” o trabalho psíquico de reconhecimento da condição senil e de sua relação com a continuidade da vida.

exclusiva e direta. Assim, livra-se, também, de uma quantidade extremamente alta de angústia.

Talvez a envelhescência esteja mais próxima de um trabalho a respeito do viver sendo idoso, do que algo que gire em torno da aceitação da própria morte. Viver a senescência, ou qualquer outra etapa da vida, talvez só seja possível para o ego e seus ideais, caso a certeza de morte mantenha-se como uma ameaça não muito direta. Um tanto quanto distante do ego.

É interessante pensarmos na irritação de João. Esse estado alterado do corpo precede a tontura. O que é que o irrita tanto? Que *pathos* é esse que o invade e que produz uma alteração do estado de consciência a ponto de limitar a capacidade de reflexão e pensamento? Parece-me que João se irrita com a finitude da vida – enraivece-se diante do percurso natural do humano e perde a sustentação quando se encontra ameaçado pela morte.

Torna-se necessária a continuidade do trabalho de envelhescência, que se choca com a violência do real e que impõe uma nova organização a respeito da própria idade, das possibilidades em vida e da relação libidinal entre os tempos: passado, presente e futuro.

Outro ponto importante diz respeito à função do sonho como a possibilidade de reencontro com o passado. Um reencontro que não se traduz numa revivência do passado com a extinção do presente e do futuro, mas na gratificação de um desejo por meio de uma produção onírica que não aliena o sujeito de seu tempo e de sua identidade.

O sonho é composto, em parte, por reminiscências. Isso quer dizer que, elementos do passado, impulsionados pelo desejo, constroem um cenário

imagético-sensorial, que possibilita ao sonhador o contato com o passado enraizado, e reconhecendo-se, no tempo presente.

Nas demências, o passado não é passado. O tempo pretérito é vivido como o presente; não há síntese que se realize entre esses dois tempos. Não há releitura, no que diz respeito à possibilidade de acrescer ao passado, elementos enriquecedores do presente.

Delia Catullo (2004) escreve:

*“O passado volta como mera repetição dele, sem ligação com a atualidade, ao contrário do que acontece na reminiscência que tem a função integradora e de ligação entre passado e presente, que aumenta o bem-estar pelo contato que promove com as boas lembranças do passado.” ( p. 217)*

O sonho mantém essa possibilidade de enriquecimento porque faz uso do presente. A demência desconecta o sujeito do tempo coletivo e deixa-o, gradativamente, à mercê do instinto de morte. O sonho, ao contrário, é a precisa ilustração do trabalho da pulsão de vida, mesmo no caso dos sonhos de angústia.

Deslocamento e condensação, gratificação de desejos, ligações entre elementos do passado e do presente organizam-se para dar forma ao conteúdo onírico.



João sente saudade de sua esposa, assim como deve sentir de seu genro. Sente saudade de seu trabalho e da força de um corpo que antes carregava sacos e sacos de cimento sobre os ombros. Esse tempo é visitado, esses objetos são reapresentados, novamente amados, até que ele desperta, olha ao redor e, mesmo saudoso, encontra satisfação na diminuição da saudade.

O sonho é o lugar onde a memória vive, é o trabalho que faz a biografia do desejo, da identidade do sujeito. É a satisfação ou susto passageiro, momentâneo, mas intenso. É o sinal de flexibilidade e de balanço justo entre a temporalidade e os princípios de prazer e de realidade.

Talvez João, por ser negro, tenha tido experiências que o fizeram ter uma relação mais flexível com seu corpo. Talvez possa ter-se defrontado com situações de racismo e desvalorização por causa de sua cor, que tenham contribuído, secundariamente, para a constituição de uma tolerância e de uma concepção peculiar a respeito do que é tido como bom e do que é tido como ruim.

A vida de João talvez lhe tenha imposto situações que suavizaram o trabalho de envelhescência, o trabalho de se enxergar vivo onde os outros enxergam morto, de enxergar valor onde os outros enxergam trapos. Talvez a constituição de seu superego se tenha dado com características menos severas, menos destrutivas diante da falência do ego ideal.

Talvez a raça não tenha importância nesta história, ou talvez tenha. A genética pode ter sido generosa com João e simplesmente isso. Hipóteses são hipóteses. Contudo o pensamento flui e coloca-nos diante de alguém que, aos 95 anos, senta-se diante de um portão e não se importa de levar horas e horas

para lixá-lo e pintá-lo. Ao final do trabalho, poderá olhar o que fez e ficar satisfeito com suas mãos. Com as mãos que fazem parte de um corpo, o corpo de João... um homem que conseguiu viver o envelhecimento sem perder o seu presente.

## **11. Erotismo e Envelhescência: considerações no campo da Psicopatologia Fundamental**

O humano é o representante de uma espécie que vive, intensamente, as marcas que a passagem do tempo imprime no seu corpo. Seu corpo cresce e ganha novas curvas, novas características. Ganha uma nova estética que interfere diretamente em sua identidade, tanto subjetiva quanto social. Bebê, criança, púbere, adolescente, jovem adulto, adulto, idoso. Vocábulo, conceitos ou nomeações constituídos pelo Homem e para o Homem. A representação e a elaboração dessas diversas “estações” instrumentalizam o trabalho de estruturação da identidade biográfica. Essa estruturação exige um contínuo investimento físico e psíquico de criação e manutenção.

O envelhecimento, conforme foi dito em capítulos anteriores, é um processo que se dá desde a concepção. Cada fase, cada etapa, traz seus ganhos e suas perdas. Esses acréscimos e decréscimos são tanto de ordem individual, social, subjetiva e orgânica, como de ordem estritamente física. Contudo nenhuma dessas características existe sem que estejam em plena

articulação uma com as outras. Fica adequado, com o intuito de oferecer um estudo didático mais claro, citar e estudar essas partes de um todo que, na prática, são indissolúveis e inseparáveis.

A respeito dessa questão, Paula Soares (2004) apresenta uma idéia, bem ilustrativa, sobre a complexidade do corpo:

*“O corpo, antes de ser apenas um organismo regulado pela fisiologia e estilos de vida, alimentação, atividade, descanso, é revelado, pela psicanálise como um corpo que é aparelho psíquico, é erógeno, sobredeterminado pelo prazer/desprazer, economia inscrita desde a relação do sujeito com o outro. E, por fim, é um corpo sobredeterminado culturalmente, conforme a sociologia ajuda a pensar, porque é significado conforme sua idade e condição, por categorias que estabelecem padrões de conduta e normalidade, bem como lugares sociais diretamente relacionados a tentativas do sujeito em se fazer representar, reconhecidamente no social, como sujeito, incluindo aí as formações de compromisso e, portanto, sintomáticas tão freqüentes na velhice.” (PAULA SOARES, Flávia Maria, 2004, p.96)*

Pode ser enriquecedor que façamos uma breve e sucinta passagem por algumas etapas da vida, para que possamos traçar um panorama geral do processo constante de envelhecimento e das mudanças que afetam o sujeito em sua completude, desde os primórdios da infância até os momentos finais da vida do idoso.

Arminda Aberastury (1985), psicanalista e pesquisadora do desenvolvimento infantil, cita que:

*“Entrar no mundo dos adultos – desejado e temido – significa para o adolescente a perda definitiva de sua condição de criança. É o momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou com o nascimento.” ( p.13)*

Essa criança é invadida pelo tempo, que lhe traz modificações biológicas contra as quais pouco pode lutar. Sua estatura aumenta, o tom de sua voz se modifica, a produção hormonal e os órgãos sexuais passam a permitir a procriação e a possibilidade concreta de dar vida a um bebê.

Aberastury (1985) traz, ainda, questões interessantes sobre os processos necessários de luto durante a transição da infância à adolescência. Ressalta a necessidade do trabalho de luto diante da perda do corpo infantil, dos pais infantis e da identidade infantil. Aponta, com a mesma importância, que tal processo se dá, concomitantemente, com o luto por parte dos pais (representantes do social) que necessitam reconhecer a identidade dessa criança-adolescente. Torna-se fundamental que os pais possam enxergar as mudanças no corpo do filho, que possam realizar os lutos referentes às suas condições de pais de crianças para pais de adolescentes e, por fim, oferecer espaço a esse sujeito para que ele desempenhe seu novo papel individual e social.

Como um panorama geral, torna-se relevante apresentar, brevemente, o cenário dinâmico no qual o psiquismo se movimenta no ritmo da vida. Freud

(1914) apresentou o termo “Narcisismo Primário e Secundário” ao se referir a modos de organização interna e de relação com os objetos internos e externos. Esse *modus operandi* apresenta-se como parte do processo de constituição psíquica diante do *pathos*, e fundamenta-se como um recurso utilizado durante toda a vida dos indivíduos.

Freud apresentou, também, as diferentes fases do desenvolvimento psicosssexual, que estão diretamente associadas ao processo de maturação do corpo. Fase Oral, Fase Anal, Fase Fálica, Latência e Fase Genital apresentam não apenas um modo característico de relações objetais, mas também uma tentativa de organização e de percepção da libido nos diferentes órgãos.

Crescer, amadurecer e envelhecer são trabalhos psíquicos, que afetam não só o sujeito, mas também todo o ambiente do qual ele faz parte.

Essas elaborações a respeito das diferentes etapas de gerações seguem seu percurso durante toda a vida do sujeito. Berlinck cunhou um termo, “envelhescência”, para se referir ao momento em que o Homem defronta-se com os lutos referentes à identidade adulta e inicia a sua entrada na velhice:

*“Pensar a envelhescência como um desencontro pode ser frutífero. O desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade.”* (Berlinck, 2000, p.193)

Esse desencontro demanda um complexo trabalho psíquico, que terá como objetivo final a flexibilização dos ideais narcísicos e a constituição de uma identidade, de um eu, que possa sustentar a libido que lhe é investida e,

conseqüentemente, habilitar-se a continuar a ter uma vida de prazeres, respeitando as características de sua nova condição etária.

Essa condição saudável, quando atingida, pode ser expressa pelo conceito de senescência. Esse conceito aponta a vivência do envelhecimento, com os declínios naturais dos órgãos e do desempenho em algumas tarefas da vida cotidiana, sem que haja uma perda violenta de valor, individual e social, que impeça o idoso de ter qualidade e prazer na vida.

Esse trabalho psíquico, elaborativo, representado pela idéia de envelhescência, não se dá de maneira simples. Algumas questões são de profunda relevância e precisam ser pensadas de forma mais aprofundada.

Até que ponto os ideais constituídos, narcisicamente, num período em que o corpo vivia uma explosão de desenvolvimento, sustentam-se com a apresentação de um gradual declínio? Até que ponto a libido encontra o respaldo dos órgãos, que não têm mais a mesma vitalidade nem a mesma fantasia de indestrutibilidade, presentes na juventude?

Até que ponto Eros se dispõe a habitar um ego que ganha uma estética oposta à do jovem? Que ganha marcas, rugas, dores nas articulações? Que perde velocidade, tônus muscular e que apresenta declínio da sensorialidade? Pode essa condição humana fazer, ou manter, o ego como um objeto atraente à libido?

Essa questão, de um erotismo que pode recusar-se a habitar um corpo envelhecido, é de vital importância, enquanto afeta diretamente o percurso necessário das pulsões para que o trabalho psíquico tido como envelhescência possa ser realizado.

A visão que o idoso tem de si fica danificada já que a representação do ego, ou melhor, a imagem que tem de si se afasta brutalmente do ideal de ego narcisicamente constituído. Como se não bastasse a vivência desse abismo de valores que, invariavelmente, afeta o sujeito que envelhece, a sociedade reveste-o com um manto de inutilidade e, com isso, fortalece a autodepreciação presente nesse processo de elaboração do envelhecimento.

A envelhescência surge, especificamente, como este trabalho:

*“O que estou propondo, então, é que a envelhescência é uma 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, p. 197-98, 2000)*

Dessa forma, talvez pudéssemos pensar em Eros como o combustível necessário para que o ego desempenhe seu papel de mediador entre “o corpo e a alma”, entre o somático e o psíquico, que se desencontram na temporalidade de um e na atemporalidade de outro. À medida que o corpo deixa de ser reconhecido como um objeto capaz de instigar e atrair para si o

investimento libidinal, seria possível pensar numa tendência radical à dicotomia. Cisão extrema que estaria, freqüentemente, presente em quadros avançados de demência, nas quais o ego perde, gradualmente, sua condição de objeto de investimento erótico, o que o colocaria em direção à ruína.

Os instintos e, conseqüentemente, as pulsões são frutos do corpo, contudo o fato de ser fonte não lhe garante, indefinidamente, o *status* de objeto de investimento. Assim, quais características manteriam as pulsões interessadas no corpo? Que tipo de dinâmica psíquica garantiria ao corpo jovem uma tendência maior em manter-se como objeto de investimento libidinal?

Uma hipótese possível é a de que o corpo jovem seria uma casa mais confortável para o ego ideal, pois sustentaria a fantasia de ser especial, imortal, forte, produtivo, atraente, esteticamente atraente. O corpo jovem é capaz de se defrontar com os limites externos e colocar-se à prova. O corpo envelhecido, em contrapartida, passa a conviver de maneira mais próxima com um diálogo sobre limitações que antes não estavam presentes, além da angústia natural diante da proximidade da morte. Haveria, portanto, um encontro *páthico* de grandes proporções, que se apresentaria com o discurso entre as limitações orgânicas naturais do envelhecimento e a demanda do ego ideal.

Como definição, a respeito do conceito de ego ideal, o “Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis” (1999) oferece a seguinte:

*“Formação intrapsíquica que certos autores, diferenciando-a do ideal de ego, definem um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil.”*( p. 139)



A envelhescência, portanto, poderia ser pensada como o percurso no qual o ego, devidamente fortalecido pela maturidade e pelas experiências vividas, vive um intenso trabalho psíquico em direção à reconstrução e reelaboração de seus ideais. Essa reconstrução deve produzir ideais mais flexíveis e menos tirânicos, de maneira suficiente para que o ego possa apresentar-se, nesta nova etapa de vida, como um objeto capaz e válido para a permanência da libido e de um erotismo vital. Assim, terá condições de continuar a exercer sua função de síntese em relação ao mundo interno e externo.

Em alguns casos, contudo, a envelhescência não é vivida com sucesso e o sujeito entra em processo de senilidade. Vive um envelhecimento patológico, no qual as características senis são potencializadas, elevando os declínios naturais a condições de enfermidades graves.

Os desenvolvimentos de alguns quadros demenciais podem ser vistos, psicanaliticamente, como formações de compromisso diante da impossibilidade de sustentação do ego no tempo presente; um tempo que seja sustentado eroticamente por valores narcísicos adequados à condição de idoso e por valores sociais mais dignos.

Por isso, em alguns casos, o processo de envelhescência falha.

### **11.1 O clínico como facilitador no trabalho psíquico de envelhescência**

A possibilidade de resgatar a experiência vivida em determinadas situações pode, em alguns casos, tornar-se a mais forte via de satisfação

libidinal na velhice. Aqui, existe uma bifurcação importantíssima. A recordação afetiva, como possibilidade de encontro com satisfações impossíveis da atualidade e insubstituíveis (em casos nos quais não há flexibilidade nos ideais do ego e, portanto, na representação idealizada das satisfações) pode ter pelo menos dois destinos: um seria a recordação alucinatória e o outro, o processo evocativo em forma de uma narrativa dirigida tanto ao clínico como ao ego do próprio paciente.

A respeito da importância da construção de uma narrativa, Ricardo Iacub (2007), em seu livro “Erótica e Velhice”, cita uma fala de Céfalo, do texto “A República”, de Platão, que pode ser muito ilustrativa:

*“Quanto mais amortecidos estão em mim os prazeres do corpo, mais crescem os desejos ou as satisfações da conversação.”* (Ricardo Iacub, p. 38, 2007)

A construção de uma escuta atenta, dedicada, libidinalmente amorosa, ofereceria ao idoso a possibilidade de satisfação sustentada por um vínculo atual. A relação entre o psicoterapeuta e o paciente possibilita, na maioria das vezes, a estruturação de uma narrativa, que se sustenta numa relação afetiva e transferencial realizada no tempo presente. Talvez este seja um dos objetivos da clínica com pacientes em processo de envelhecimento. A vivência dessa relação pode oferecer um cenário transferencial no qual a flexibilização dos ideais, a ampliação da consciência e a aceitação da senescência podem ser estimuladas.

O clínico realiza uma função sintética, análoga à função sintética do ego, enfraquecida no idoso. O aparelho psíquico do idoso esforça-se para que a realização desse trabalho se efetive. Há um enorme trabalho psíquico, narcísico, diante da necessidade de se estabelecerem as identificações e as representações simbólicas que sustentarão a identidade do sujeito na velhice, tanto por parte do clínico como do paciente, à medida que a relação com sua identidade na velhice e com seu corpo ficam deterioradas. Esse decréscimo de valor dá-se tanto em virtude dos investimentos depreciativos provenientes da sociedade, quanto do processo falência/reconstrução de uma identidade que se fundamenta na condição real da etapa senil da vida.

O clínico, ao tratar de idosos, passará a cada atendimento a viver a sua própria envelhescência. Esse processo coloca-o diante de seus próprios horrores e levanta os mais variados mecanismos de defesa contra a constatação da animalidade do humano. O clínico, que vive a posição do suposto saber, passa por um ataque transferencial que lhe diz a respeito de sua própria humanidade, a respeito de sua própria morte e de seus entes queridos.

Com esses contatos, esses encontros, a envelhescência aprimora-se como trabalho psíquico no clínico. Esta dinâmica psíquica dá-se por intermédio de um processo psíquico denominado por Fédida (2002) como “depressividade”. É a possibilidade de elaboração da própria velhice que faz com que o psicoterapeuta possa colocar-se diante da velhice do outro, e da sua própria, e estimular, assim, a construção de um laço afetivo que, por meio da transferência, traga características mais valorosas à velhice.

## **12 Clínica com Idosos em processo de demência: aspectos transferenciais e metapsicológicos**

Serão apresentadas, ao longo dos subcapítulos seguintes, algumas considerações gerais a respeito da clínica com pacientes que apresentam sintomatologia demencial. Os casos clínicos acima e alguns outros exemplos serão utilizados de forma que componham um cenário útil diante da discussão e da construção de hipóteses a respeito de certas dinâmicas psíquicas e de certos estados psicopatológicos presentes na clínica das demências.

### **12.1 Estado deprimido e depressividade no processo de envelhecimento e nas síndromes demenciais**

De acordo com Pierre Fédida (2002), gostaria de explicitar a definição de estado deprimido e a sua diferença entre esse estado e a depressividade.

A respeito do estado deprimido, o autor descreve da seguinte forma:

*“A experiência comum do estado deprimido poderia caber numa única sensação: aquela, quase física, de aniquilamento. Essa sensação quase nem chega a ser um afeto que se experimenta e parece muito distante da percepção de um sofrimento vivido pelo sujeito. Ela se aparenta mais a uma imobilização, um impedimento de se sentir os menores movimentos da vida interna e externa, à abolição de qualquer devaneio ou desejo. O pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio. Além disso, a queixa do deprimido é pobre e repetitiva: ainda é fala, mas como que afastada da fala. A vida está vazia; não existe gosto ou interesse por nada, e predomina a incapacidade de se fazer o que quer que seja. Essa queixa é triste, mas de uma tristeza quase despregada, sem afeto. Não é um lamento que manifeste ou anime uma interioridade: é uma voz que constata um processo de desaparecimento.”* (Pierre Fédida, p. 9, 2002)

Essa descrição é de extremo valor para que possamos pensar, com mais elementos clínicos e metapsicológicos, os desenvolvimentos demenciais. É como se o estado depressivo trouxesse ao corpo e, conseqüentemente, ao ego, uma anestesiação, um lentificar, que teria por objetivo suavizar ou extinguir o impacto *páthico* da vida interna e externa do sujeito.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo que se dá de maneira extremamente sensorial. O sujeito submerge, ou melhor, está envolvido por mudanças subjetivas e sociais que o envolvem e afetam todos os seus sentidos. A visão já não alcança mais tão longe, assim como a audição não é mais capaz de filtrar os sons com a excelência de outrora. O paladar já

não é mais tão encantador, talvez por não contar com um olfato muito apurado. A pele, campo da sensorialidade tátil encontra-se mais fina, mais sensível. O que faz com que o tato se dê num ambiente mais ameaçador. O toque, dependendo da intensidade de seu impacto, pode produzir mais dor do que prazer.

Diante dessas transformações, muitas vezes o sujeito é invadido pelo estado depressivo. A angústia da morte é repelida, pelo menos em parte, por meio de uma anestesiação vital. É como se o volume da vida psíquica estivesse sendo diminuído, com o intuito de defender o sujeito da violência característica dos processos de transição etária.

Dentro desse fenômeno *páthico*, não há possibilidade de encontrar e reconhecer as qualidades provenientes da velhice. A sabedoria, a conversação, o charme de um sorriso histórico e o valor do amor de um idoso perdem seu caráter simbólico e deixam de fazer parte da auto-imagem, da identidade. Para fugir da morte, o sujeito amortece o próprio corpo, a própria vida.

A citação faz referência, também, a uma certa imobilização física e psíquica. Os idosos, freqüentemente, apresentam dores que influenciam diretamente a possibilidade e o prazer da movimentação. Insuficiência respiratória, artroses, artrites, diminuição do tônus muscular e outros configuram-se como sintomatologias que fixam ou restringem o idoso em determinados lugares.

Até que ponto o estado depressivo não pode, em sua mortificação e desvitalização, potencializar certos estados doloridos do corpo? O curioso é que, talvez, falemos de uma dor sem dor. Dor em si talvez não seja a palavra

mais adequada; seria mais conveniente pensarmos numa anestesiação, fundamentalmente protetora, diante da possibilidade de emergência de uma dor de origem interna ou externa. Para proteger-se de uma possível dor nas articulações, do cansaço de um passeio pelo quintal da casa ou dos sentimentos a respeito de certas limitações, o idoso opta pela estagnação.

Camilo, citado no Caso Clínico 2, ao chegar ao grupo, descrevia sua rotina da seguinte forma:

*“Eu passo a maior parte do dia no sofá. Não tenho muito que fazer. Minha mulher faz tudo... então eu fico com a TV ligada e, às vezes, quando os cachorros sobem no sofá, brinco um pouco com eles. Esse é o meu dia.”*

Não há movimento, não há relação que se estabeleça nem com a própria TV. O aparelho fica ligado, mas não há período algum em que ele realmente assista ao que está sendo transmitido. O sofá é uma tumba anestésica na qual ele vive o tempo. O cachorro, quando sobe e encosta-se a sua perna, é sentido sim, ganha até um carinho; mas nada muito mais intenso do que isso.

O cão, contudo, foi o elemento que demonstrou que, mesmo diante de um amortecimento tão grande, havia ainda a possibilidade de construção de laço afetivo, contanto que o afeto fosse até Camilo, de maneira despreziosa. O cão “esperava” dele algo que ele sabia que ainda poderia dar. Era um simples carinho. Ele nunca se lembrava do nome do cachorro, mas se autorizava a fazer algo que achava ter condições: fazia carinho.

Com o tempo, e com incentivo, algumas movimentações começaram a fazer parte da vida de Camilo. O cuidado com o cabelo é um exemplo disso. A família passou a ligar para a padaria e avisar o balconista; dizia-lhe que Camilo estava indo comprar um “X” número de pães. Assim, ele ia realizar a compra, sem correr o risco de se esquecer e voltar com as “mãos abanando” e a sensação de inutilidade, que o aterrorizava. Essa mesma estratégia era utilizada no açougue e também funcionava.

Camilo voltou, reencontrou uma possibilidade de movimentação, tanto externa quanto interna. A dinâmica psíquica que o sustentava “embalsamado” começa a modificar-se, à medida que a possibilidade de encontrar certos prazeres (mesmo com a continuidade das limitações e das dores) foi retomada.

A lentidão da movimentação vital, típica do estado deprimido, pode ser compreendida, também, como uma articulação simbólica. Para que ter pressa? Aonde chegar? Para que chegar logo, se voltar para o lugar de origem nem sempre é desejado?

A sociedade, contudo, repudia a lentidão da velhice. Os semáforos são considerados vilões das pernas cansadas, ou da falta de pressa. Uma ilustração interessante a esse respeito pode ser encontrada em pesquisas que apontam as reclamações sociais dos idosos da cidade de São Paulo: o maior índice de reclamações/insatisfações diz respeito aos ônibus da cidade. Os motoristas não têm “paciência” de esperar o idoso embarcar completamente, antes de colocar o veículo em movimento.

Encontramos, com isso, um cenário no qual o estado deprimido se apresenta como uma possibilidade defensiva de vida; uma vida sem vitalidade,



um certo estado comatoso, mas com resquícios que podem, muitas vezes, ser trabalhados e reestimulados.

A diminuição da velocidade do tempo, consequência do estado deprimido, tem um outro papel importante no que diz respeito à clínica com idosos, em processo de demência ou não. A rememoração da dor pode contribuir para a manutenção do estado deprimido. Esse estado produz uma alteração da sensopercepção a respeito do tempo cronológico. Assim, como ganho secundário, o ego pode usufruir a sensação de que o tempo alargou-se e que, portanto, o idoso nesse estado viverá mais do que em qualquer outro.

A idéia de que o que está bom passa rápido é amplamente conhecida e repetida no convívio social e cotidiano. Isso nos coloca, também, diante do seu oposto. Muitas vezes, na clínica com idosos, encontramos-nos diante de sujeitos que se apegam ao estado deprimido com uma devoção imensa. Retirá-los desse estado é colocá-los numa avenida rumo à morte. O vínculo com o clínico é posto em risco durante todo o tempo. A relação afetiva que se estabelece durante as sessões e o possível prazer proveniente desta são violentamente atacados quando ameaçam produzir um movimento prazeroso que altere a sensação do tempo lentificado. Em alguns casos, a monotonia é uma condição almejada.

O estado deprimido, portanto, coloca o idoso num outro tempo cronológico. Um tempo completamente individual, no qual há uma recusa cada vez mais intensa a respeito dos referenciais externos que explicitem a passagem dos segundos, dos minutos.

O próprio enquadramento clínico é atacado, pois se torna um referencial de tempo fixo, compartilhado. Ter um horário para começar a sessão e outro

para terminá-la pode colocar o sujeito diante de uma angústia imensa. Essa situação, no caso das demências, pode reforçar os esquecimentos a respeito de certas marcas temporais: “hora do café”, “hora do almoço”, “hora da medicação” e assim por diante. É muito comum o idoso em processo de demência “esquecer” que já comeu, ou que já tomou as medicações. É um outro tempo.

*“Quando um velho diz ‘no meu tempo’, está dizendo que não tem presente, que só pode existir em relação ao passado, que o tempo atual não lhe pertence, e menos ainda o futuro.” (Delia Catullo Goldfarb, 41, 2004)*

Esse “no meu tempo” pode ser compreendido como o tempo típico da demência. E há uma diferença importante aqui. Um idoso pode estar deprimido, tendo a vivência de lentidão do tempo, e pode estar, também, em processo demencial. Ao juntarmos essa experiência de lentidão do tempo a um presente que é a revivência do passado, estaríamos falando de qualidades diferentes de tempo.

É comum encontrar idosos em processo demencial que se fixam na rememoração de situações completamente tristes. Essa tristeza repetitiva e monótona pode ser a ponte para a construção de um estado deprimido na demência. Haveria uma troca, complexa, e compreensível apenas por meio da relação com os ganhos secundários provenientes dos adoecimentos. A relação do ego com o tempo presente é, gradativamente, abandonada, justamente porque a atualidade do corpo, da identidade subjetiva e social apresentam

declínios inaceitáveis e extremamente dolorosos para o sujeito. Em contrapartida, o paciente encontra-se preso em memórias altamente angustiantes.

A evocação de lembranças tristes recoloca o paciente num cenário passado já conhecido do ego. O futuro, a partir deste ponto de memória, está garantido, pelo menos até a idade atual do sujeito. Esse “jogo” com o tempo produziria algo do tipo: “já vi essa parte do filme, e sei que ele ainda demorará um determinado tempo para chegar às cenas que serão, para mim, inéditas”. Constitui-se uma tentativa de tornar atual um regresso completo ao passado; com a garantia de que teria a possibilidade de (re) viver os eventos subsequentes, já parte integrante do acervo mnêmico do ego, e que seriam, portanto, mais seguros.

A questão da memória do triste estaria intimamente associada à possibilidade de produção de um estado deprimido. A memória do triste, assim como o sonho de angústia teriam a função de preparar o ego para uma situação ameaçadora – a vivência do ineditismo da atualidade. A anestesiação do corpo, a diminuição da receptividade sensorial e a letargia do corpo e do tempo garantiriam uma proteção contra os ataques da velhice.

Além disso, o humor entristecido potencializa a sensação de lentidão cronológica que afeta o paciente deprimido. Essa sensação de que as horas demoram a passar, de que os dias são infinitos e monótonos traria uma satisfação que se fundamentaria na idéia de que, quanto mais lenta for a passagem do tempo, mais longa será a permanência da vida no corpo. Uma permanência, contudo, encapsulada num funcionamento deprimido e demencial.

Quando o futuro do paciente com demência chegar, ele já não “estará” mais lá para saber como foi. A relação do ego com o tempo presente e a cognição estarão a tal ponto deterioradas, que a autopercepção da identidade e a consciência do estado de saúde serão impossíveis de se concretizar.

Nesses casos, o que pode acontecer é que essa formação de compromisso – sintoma – específica, produz, em paralelo ao agravamento do quadro demencial, um abandono radical, violento, do tempo presente. Tal circunstância pode gerar uma cisão marcante entre a pulsão de vida e o instinto de morte. A pulsão de vida dedicar-se-ia ao encontro da satisfação libidinal, fixada em lembranças do passado e o ego presente ficaria, gradualmente, empobrecido de investimento e simbolização narcísica, preso ao estado deprimido. Assim, perderia gradativamente a vitalidade e tornar-se-ia uma confortável morada para o instinto de morte. A ilustração dessa dinâmica psíquica pode ser encontrada na dependência cada vez mais intensa que o idoso em processo demencial apresenta com o avanço da doença.

Há, contudo, uma diferença fundamental entre o estado deprimido – que seria uma identificação com a mortificação - e a depressividade. Esta se caracteriza por ser intrínseca à vida. A depressividade é vital, e podemos entendê-la como um movimento psíquico, econômico, que visa à proteção, ao equilíbrio e ao constante trabalho de regulação da vida diante do *pathos*. (Pierre Fédida, 2002)

A depressividade, portanto, é um trabalho psíquico que pode ser compreendido como eminentemente imunológico. A possibilidade de regular a subjetividade e o corpo – e, conseqüentemente, a percepção do tempo vital

que os afeta – faz do humano uma espécie capaz de adaptar-se às mais diversas situações.

Falar em regulação do humano é o mesmo que falar de regular a sua sensibilidade diante do endógeno e do exógeno que, na vivência do *pathos* – que é sempre da ordem do excesso – executa um trabalho de “equalização” do sofrimento, das paixões, visando à preservação da vitalidade.

Essa preservação fundamenta-se na possibilidade de transformação do *pathos* em linguagem, em *logos*, que será posto em diálogo com uma outra vida, uma vida que o ouvirá e lhe conferirá importância.

O clínico não poderá, de maneira nenhuma, abrir mão de sua depressividade, justamente por ser essa capacidade que lhe garante o trabalho psíquico de organização de seu próprio *pathos*, que ganha vida dentro da relação transferencial. Se o clínico não for capaz de sustentar um determinado “tempo” dentro da relação com o paciente, que tenha por objetivo um trabalho psíquico elaborativo (e, portanto, de regulação do *pathos*) a respeito do que lhe é narrado – o trabalho psicoterapêutico sucumbe.

Dessa forma, a depressividade pode ser compreendida em concomitância com aquilo que Berlinck (2000) aponta como imunidade psíquica, que aparece em seu artigo denominado: “Insuficiência Imunológica Psíquica.” (in *Psicopatologia Fundamental*, p. 179 – 191, 2000). Sobre esse conceito, Berlinck escreve:

*“Não só revelam uma grande incapacidade de se proteger contra ataques virulentos externos, como há uma disponibilidade a ataques virulentos endógenos que freqüentemente levam à destruição.”* ( p. 190)

A idéia de “virulentos” está intimamente associada ao conceito de *pathos* e, conseqüentemente, à sua violência.

Quando a depressividade falha em seu trabalho imunológico, o sujeito pode ser tomado pelo estado deprimido – pela mortificação diante da violência excessiva do *pathos*.

A velhice traz esse cenário à tona. A velhice é violenta, é catastrófica para o psíquico e exige um trabalho, exige que a depressividade encontre uma regulação adequada à continuidade da vida e da identidade biográfica do sujeito, mesmo diante de tantas transformações.

O excesso da velhice pode, no entanto, ultrapassar a capacidade depressiva do sujeito e produzir um estado morto – um estado deprimido. Nesse caso, poderíamos pensar que houve uma insuficiência imunológica psíquica diante da catástrofe do envelhecimento.

O estado deprimido que se caracteriza, também, por ser um afeto que altera a temporalidade subjetiva, pode ser um estado psicopatológico importante no desenvolvimento de certos quadros demenciais.

O humano, portanto, pode sucumbir diante de seu próprio envelhecimento.

## **12.2 Ódio, Eros, Luto e Melancolia na clínica das demências**

Delia Catullo Goldfarb (1998), no capítulo de apresentação de seu livro “Corpo, tempo e envelhecimento”, traz um trecho do “Discurso de Agatão”,

presente no texto “O Banquete” de Platão, que nos oferece alguns argumentos para pensarmos a questão do ódio na velhice:

*“Eros é o mais belo, e apresso-me a dizer por qual motivo: antes de mais nada, caro Fedro, por ser o mais jovem dos deuses e dessa qualidade ele próprio se encarrega de ministrar-nos uma prova evidente: é a de que, fugindo, evita ser alcançado pela velhice, que inegavelmente é em si mesma rápida, como se depreende do fato de vir a nós mais depressa do que deveria.*

*Eros, de conformidade com sua própria natureza, sente verdadeiro ódio à velhice e não suporta sua vizinhança, nem mesmo a grande distância.”*

( p.11)

Na transferência com pacientes idosos, o clínico, muitas vezes, sente-se como diante de um paciente terminal.

É como se cada tentativa de apresentação de objeto para investimento libidinal, por meio da transferência, fosse rejeitada e expressa por um discurso de que, para o idoso, vida prazerosa já não é mais possível. Toda e qualquer tentativa de aproximação, ou melhor, re-aproximação de Eros é rejeitada pela afirmação de que o ego já não é mais capaz de entretê-lo, ou mantê-lo investido em si.

O clínico, nessas situações que não são incomuns, investe libidinalmente a narrativa, o corpo, a presença do idoso, como numa tentativa de encontrar alguma disposição vital que sustente a aliança terapêutica.

Contudo, quanto mais empobrecido estiver o ego, mais difícil será a construção dessa aliança.

É como se houvesse um deslocamento no qual o clínico “tenta” emprestar a sua própria libido como forma de reabastecimento daquele ego/corpo idoso. Tal movimentação econômica da libido, que se dá na transferência, afeta-o intensamente, produzindo um enorme cansaço.

Por esse motivo é que se torna extremamente importante o trabalho de envelhescência por parte do próprio clínico. A recusa do envelhecimento e das limitações intrínsecas à natureza da vida pode fazer com que o clínico reaja contratransferencialmente de maneira que recuse, também, o idoso que lhe dirige uma narrativa a respeito de seu *pathos*. Essa recusa, que é uma recusa do tempo, pode alienar ainda mais o paciente que, em virtude do desenvolvimento demencial, já apresenta uma relação de ódio às implicações da temporalidade.

O idoso, em certas ocasiões, não quer ou não aceitará o clínico como um ouvinte ingênuo, que procura viver uma fantasia de recusa da castração, que se traduz na tentativa de vender uma idéia de que o declínio corporal do outro “não é assim tão ruim” e que “a morte não está assim tão próxima”. Esse tipo de jogo defensivo, diante da angústia proveniente da constatação do envelhecimento, não pode ser compreendido como “flexibilização” dos ideais egóicos. Ampliar a tolerância do ego ideal e diminuir a tirania do ideal de ego diante da fragilidade imposta pelo envelhecimento passa, necessariamente, pela via da aceitação da condição natural do Homem. Passa, portanto, pela elaboração da temporalidade e do caráter finito da experiência chamada “vida”. Orientar-se diante dessa condição finita e, a partir disso, continuar encontrando



possibilidades de prazer e satisfação no dia-a-dia, dá-se em conjunto com a aceitação e administração da senescência, e não com o contrário.

Freud (1915 [1917]), ao tratar de questões referentes ao luto e à melancolia, estabeleceu relações e diferenças entre ambos. Freud aponta que o luto seria um processo natural da vida, necessário e passageiro. O objeto perdido seria um objeto do qual o sujeito teria consciência. A melancolia, em contrapartida, apresentaria um sujeito entregue à devoção do luto, o luto por um objeto que lhe escapa, que é da ordem do inconsciente.

*“Aplicamos agora à melancolia o que aprendemos sobre o luto. Num conjunto de casos é evidente que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor (como no caso, por exemplo, de uma noiva que tenha levado o fora). Ainda em outros casos, nos sentimos justificados em sustentar a crença de que uma perda dessa espécie ocorreu; não podemos, porém, ver claramente o que foi perdido, sendo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente perceber o que perdeu. Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômscio da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém.” ( p.277-8)*

O processo de lóstima, a respeito da juventude perdida, faz parte do luto necessário. Faz parte do trabalho de elaboração da condição etária na qual o idoso se encontra. Faz parte do trabalho de envelhescência. No entanto, há casos em que esses lutos tornam-se “não elaboráveis”, configurando um quadro melancólico que emperra a elaboração e constituição de uma identidade valorosa.

O clínico, diante dessas condições, encontra-se numa situação delicada. Consertar relógios, como no Caso Clínico 1, foi importante, mas nem de longe foi aceito como uma sublimação suficientemente capaz de fortalecer e satisfazer o ego e seus ideais.

A decepção do ego ideal em relação ao ego, que se expressa no gradual abandono de Eros, produz uma desestruturação violenta no idoso. A identidade, processo que se dá pela síntese egóica e que, alicerçado por uma biografia, que é sempre fantasiosa, pena para se adequar à última fase da vida. Essa biografia foi constituída dentro de uma relação mais ou menos pacífica entre o ego e os ideais, quando havia a sensação, às vezes subjetiva e às vezes simplesmente visceral, da existência de um futuro que se apresentava como um espaço de resolução dos conflitos internos e externos que estivessem em jogo.

É extremamente comum que, submerso por tantas decepções, o idoso afaste-se do mundo, isole-se e passe a lastimar suas perdas. O ego pode identificar-se com o objeto perdido, que seria o ego ideal, e viver uma vida amarga, de ataques violentos a esse ego que se teria tornado a sombra do ego ideal. “Tornando-se” o objeto perdido, o ego visa à revivência da condição perdida, à potência perdida. Em contrapartida, o superego atua de forma

completamente tirânica, odiando o ego por sua fraqueza e incapacidade de ser imortal, de não ser infinito nem refratário às limitações naturais.

Esses idosos são aqueles que, muitas vezes, são reconhecidos como rabugentos, “reclamões” e insatisfeitos com tudo. Penso que, nesses casos, a manutenção do vínculo entre o psicoterapeuta e o paciente, por mais penoso e desgastante que seja para o clínico, pode ser um estímulo para que o idoso reconheça a possibilidade de formar novos laços afetivos, mesmo na velhice. A formação de laços e a aquisição de vínculos podem ser vistas e vividas, simbolicamente, como a plena atuação e gratificação da pulsão de vida.

O clínico pode ser atacado, agredido e maltratado de várias formas. O deslocamento do ódio que, inicialmente, está dirigido ao ego e ao ego ideal (fracassado) do paciente, e que se pode voltar em direção ao clínico, por si só já produz um alívio para o paciente. Torna-se presente, mesmo que temporariamente, a possibilidade de relação com um outro que o escute – o que implica uma reorganização da economia psíquica do paciente.

Como efeito secundário ao deslocamento desse sadismo do superego, o ego pode encontrar um espaço, na transferência, no qual o conflito entre ego, ego ideal e ideal de ego possa ser trabalhado de maneira menos destrutiva. Em outras palavras, o vínculo com o clínico, no qual está presente o amor na transferência, se apresentaria como um estímulo importante para o trabalho da envelhescência em pacientes idosos que apresentem quadros melancólicos com ou sem desenvolvimento demencial.

No caso específico de pacientes com desenvolvimentos demenciais, é interessante pensarmos na questão da intensidade do luto, do excesso que o envolve e que produz uma inibição violenta da função mediadora do ego com o

mundo externo, colocando o sujeito diante de uma tentativa de reviver o passado da forma mais sensorial possível.

A respeito dos efeitos que a intensidade do sofrimento, gerada pela perda do objeto amado, produz no trabalho de elaboração do luto, Freud (1915[1917]) questiona:

*“Em que consiste, portanto, o trabalho que o luto realiza? Não me parece forçado apresentá-lo da forma que se segue. O teste de realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível – é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena. Essa oposição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo.” ( p.276-7)*

A questão proposta por Freud sobre “um desvio de realidade” traz uma enorme contribuição para a clínica das demências. Possibilita-nos levantar a hipótese de que certos desenvolvimentos demenciais poderiam ser compreendidos, metapsicologicamente, como um produto do que Freud denomina psicoses alucinatórias carregadas de desejo.

A relação entre aquilo que um desvio na realidade proporciona ao idoso, em sua busca pela revivência de um tempo tido como ideal, e a importância

dada aos objetos contemporâneos que se apresentam, estarão presentes durante todo o trajeto clínico com o paciente.

Progressivamente, novos objetos podem ser introduzidos, com maior possibilidade de se tornarem alvos de investimentos libidinais, calcados no tempo presente e na aceitação da senescência.

Ocasões sócio-culturais, como as eleições (como no Caso Clínico 2), aniversários, natal, ano novo e outros, são eventos que, quando devidamente introduzidos na clínica, podem reaproximar o idoso da sensação de pertencimento a um todo maior, coletivo.

São estratégias que nem sempre vencem a desilusão com o corpo e o terror da castração que se apresenta no acúmulo de limitações e na idéia de finitude. A família, os cuidadores ou a instituição, nessa dinâmica de reengajamento da pulsão de vida, têm grande importância – já que executam algo como um narcisismo social, um reconhecimento a respeito do valor dos idosos.

Um complicador, contudo, se apresenta. Os familiares, os cuidadores e/ou os membros de uma instituição, muito freqüentemente, acabam afetados por um *pathos* intenso. O mesmo *pathos* que afeta o clínico, quando este está diante da narrativa do idoso a respeito da sua velhice.

Esse cenário doloroso, esse mal-estar a respeito da condição natural do humano pode produzir um efeito tóxico ao ego (no sentido de ser tomado por um excesso de angústia) que se traduziria num afastamento, num abandono gradual. Como se a distância em relação ao idoso pudesse, simbolicamente, representar a distância de seu próprio envelhecimento. Além dessa questão, a velhice amedronta aqueles que amam o idoso. Torna-se extremamente

dolorido ver aquela pessoa amada, que antes fazia de “tudo”, passar a precisar de auxílio nas tarefas antes tidas como simples. É triste dar banho, dar comida na boca, ajustar o oxigênio e é triste reconhecer a finitude de alguém estimado.

Para que o ego consiga negar a própria finitude, deve ser capaz de fazê-lo em larga escala. Ao nos defrontarmos com a velhice do outro, do objeto amado, somos invadidos, novamente, pelo ódio – fruto da falha de reconhecer a invencibilidade do outro com o qual nos identificamos como, no mínimo, membros da mesma espécie.

Não é justo que tenhamos de lidar com a perda anunciada de alguém tão importante. Não é justo que tenhamos de enfrentar as situações nas quais as limitações dos idosos nos afetam. Temos ódio em virtude daquela pessoa, que antes tínhamos em alto valor, não nos ter privado de seu envelhecimento. O ódio faz parte do processo de envelhescência; faz parte do processo elaborativo e da lapidação de ideais mais congruentes com a temporalidade do sujeito. Contudo, na melancolia, esse ódio se expressa de maneira excessiva, por meio de um superego tirânico, inconformado com a falência do ego ideal e com a fragilidade natural do ego. Essa dinâmica psíquica encontra estímulo, também, no ódio provocado no outro e que lhe é dirigido, por exemplo, em forma de fúria, impaciência e rejeição. O outro, desiludido por ter de “assistir” ao objeto amado envelhecer, vive uma situação na qual o ódio, que até então estaria um tanto quanto reprimido, pode retornar a partir de tantos estímulos. O ódio edípico, por exemplo, pode ser re-estimulado e ser investido contra os pais em envelhecimento. Esse ódio também diz respeito à falência do ego ideal perante o social, mas também é da ordem de um afeto que tem por fim produzir um afastamento defensivo.

O ódio rompe ligações, o ódio desengata laços. Enfim, o ódio, em certa dose, produz o equilíbrio necessário para que um luto gradual seja elaborado, ainda na presença do objeto amado.

Se esse ódio se torna muito mais presente na relação do que as relações de gratidão, valorização e amor, o superego tirânico do idoso melancólico encontra o combustível necessário para tornar-se cada vez mais severo e cruel, afetando de maneira intensa sua qualidade de vida e sua saúde.

Aquele que passa a cuidar do idoso, mesmo nas pequenas tarefas, pode desenvolver uma sintomatologia fóbica. Uma descarga de angústia que o afasta do idoso, de maneira inconsciente, pode ser estruturada como uma defesa diante do prazer em assistir à fragilidade do outro, já que o ódio reprimido se gratifica nessas situações.

É muito comum ouvir familiares recriminando-se por terem perdido a calma, por terem gritado ou ofendido o idoso com o qual convivem. É muito comum, apesar de avassalador em muitas vezes, notar que o cuidador se dá conta de que partes do seu ego desejam que um fim para aquela situação chegue o mais rápido possível. Desejam, também, a morte do outro.

Essa ambivalência, às vezes, produz uma tortura imensa a todos os envolvidos. O idoso sofre com os ataques provenientes das pessoas que o circundam, e estas sofrem por terem expressado o excesso *páthico* do ódio, até então reprimido.

Com freqüência os familiares desabafam: “Se for para ficar como ele (a), prefiro morrer antes.”. Essa frase condensa, pelo menos, dois significados. Primeiramente, é como se estivesse, simbolicamente, expressando um desejo

no qual o familiar se pode livrar do envelhecimento por meio de uma morte na juventude. O que é extremamente paradoxal, enquanto o que aflige o idoso, em grande parte, é a difícil elaboração da finitude. O fim, para os jovens, é preferível à vida na velhice. Essa formação fantasiosa só é possível enquanto a juventude for vista como sinônimo de vitalidade e conquistas e a velhice como tradução da fragmentação e da degenerescência do humano. Na verdade, é como se a pessoa estivesse dizendo algo do tipo: “Eu quero ser um velho jovem, sem rugas, sem dores nas articulações, sem problemas de saúde. Se não for para ser assim, prefiro continuar jovem mesmo.”.

Um segundo significado possível que essa primeira frase expressa, por meio da condensação, diz respeito ao ódio reprimido. O desejo do fim para o outro que o faz e que o fez, durante a vida, sofrer tantas frustrações a partir de limitações variadas.

Diante de tantas questões a respeito da ambivalência e a partir da experiência clínica com idosos e seus familiares, penso ser fundamental que os envolvidos mais próximos possam, individualmente ou não, trabalhar essas questões que fazem, também, parte da envelhescência. Portanto penso que esse trabalho psíquico não pode ser apenas compreendido como algo realizado apenas pelo idoso, mas que a envelhescência é um fenômeno de grupo.

### **12.3 Comportamentos repetitivos nas demências: significado simbólico ou pura teimosia?**



Muitas vezes o ego do paciente em processo demencial submerge em sua busca pela revivência do ego ideal jovem e, quando isso acontece, existe uma grande possibilidade de observar o idoso realizar ações completamente inadequadas para sua condição. A intolerância às limitações da senescência podem estimular um processo de regressão narcísica a um estado no qual as castrações senis serão negadas. Essa regressão fundamenta um cenário psíquico no qual o sujeito coloca em cheque a relação do ego com o princípio de realidade.

Determinadas ações e atitudes, muito freqüentemente, são confundidas com comportamentos vazios, impulsivos ou “teimosos”, típicos de uma fase na qual a demência está muito evoluída e o cérebro apresenta alterações anatomopatológicas intensas. Essa visão, na qual certos comportamentos são frutos de uma deficiência orgânica, retira-lhe o estatuto de simbólico, deixando de transportar uma informação subjetiva a respeito do sujeito que a executa.

Leonardo, por exemplo, sofria de uma impaciência radical quando tinha de caminhar alguns metros para atravessar, pela faixa de pedestres, a avenida defronte a sua casa. Nessa situação, era invadido por um desejo, por uma crença de que era possível atravessá-la “correndo”.

Essa experiência, que lhe trazia a sensação de poder contar com uma velocidade corporal adequada para cruzar um trânsito denso, pode ser compreendida como uma tentativa de revivência onipotente, com o intuito de revitalizar o ego a partir da conquista e da superação do obstáculo. Essa travessia era narrada e, algumas vezes, até vista pelos familiares. Estes eram pegos de surpresa pela “teimosia” de Leonardo. Após o feito, ele se gabava de tê-lo realizado e esperava de seus familiares a confirmação de que tinha a

potência necessária para tal. Uma série de desejos ganha gratificação nesse evento: realimenta narcisicamente sua identidade por meio da negação das limitações e, portanto, de um sentimento de onipotência; coloca a vida em risco, por ser preferível morrer de uma forma heróica a esperar o envelhecimento “destruir” o restante do corpo e gratifica o ódio que sente pela família, por se achar excluído dela.

Essa travessia apresenta-se de maneira parecida com um ritual, no qual o ego é invadido por uma satisfação que o coloca, novamente, mas temporariamente, como objeto de catexia libidinal. Esse movimento psíquico recoloca o ego em relação erótica com os ideais, sem, contudo, que haja uma análise crítica da situação e das limitações naturais do humano. O ego deixa de fazer a mediação entre o princípio de prazer e o princípio da realidade – por ter essa função inibida – o que impede que o ego ideal possa se defrontar com a realidade subjetiva e corporal, levando em conta a temporalidade que envolve essas realidades.

Havia, no grupo do qual participou Leonardo, uma senhora de 78 anos que toda semana, sempre que ficava sozinha em casa, lavava o tapete da sala. Dizia que ainda tinha condições de realizar esse trabalho doméstico e que iria continuar a fazê-lo. Ficava irritadíssima com as broncas que recebia de seus familiares. Mesmo brava, queixava-se de dores musculares intensas e, durante alguns dias, tornava-se dependente dos cuidados de terceiros. Assim, num primeiro momento, alcançava o prazer de realizar a mesma limpeza de quando era jovem, vingava-se de seus familiares por a terem deixado sozinha e ganhava a presença de todos, sendo recoberta de cuidados e preocupações em virtude das intensas dores musculares.

Não há, em nossa cultura, nem na cultura dos ideais, a noção de que o ajuste às limitações pode produzir prazer. O fato de que tais adequações, de que tal compromisso com o juízo de realidade propicie uma relação com o ambiente no qual a autopreservação está mais garantida, tem pouca importância para o idoso. O fato de que o sujeito em idade senil não tem valor retira da autopreservação o seu caráter libidinal.

A angústia de morte invade o ego, pois representa um alarme diante de ameaças à continuidade da vida. Atravessar a avenida correndo fora da faixa de pedestres e lavar um imenso tapete, que os braços já não mais agüentam levantar, nesses casos, não disparam angústia, mas, sim, prazer.

#### **12.4 Considerações gerais a respeito da transferência**

O impacto da transferência dá-se com muita intensidade, e com peculiaridades, na clínica com idosos em processo demencial. Muitas vezes, o corpo do psicopatólogo cansa-se. A pele resseca, os músculos doem e um certo “afastamento” torna-se necessário.

Luiz Carlos Menezes, no prefácio do livro “Dos benefícios da Depressão” (1988), de Pierre Fédida, aponta que:

*“Quando Fédida afirma que ‘o analista escuta com a angústia’, creio que quer dizer que o ‘aparelho’ contratransferencial, homeostático, com função reguladora e de pára-excitações, funciona movido pelo que chama de ‘angústia-análise’, e que ele distingue de eventuais vivências de angústia do analista.” (Pierre Fédida, p.17, 1988)*

Essa noção é extremamente importante porque aponta a necessidade de o clínico utilizar um determinado tempo, dentro do quadro psicoterapêutico, para que a sua própria depressividade dê conta da “angústia-análise” e lhe permita uma organização homeostática necessária. Portanto, na relação transferencial com idosos, o corpo do clínico estará intensamente presente – tanto temporalmente, como na vivência de diversas angústias: tanto da angústia-análise, quanto da angústia produzida pelo seu próprio ego diante da apresentação da velhice.

Se o clínico não passar por esse tempo de equilíbrio, construído desde o encontro com o paciente e com a escuta da narrativa na transferência, o psiquismo do psicoterapeuta não terá a menor condição de ser um instrumento do tratamento.

Enquanto o psicoterapeuta não tiver encontrado, na transferência com o idoso, um equilíbrio *páthico* a partir da sua própria e necessária depressividade, esse profissional estará distante do paciente, submerso no próprio sofrimento, erigindo os próprios mecanismos de defesa.

A aquisição de um certo equilíbrio, singular em cada caso atendido, organiza o excesso do *pathos* presente na relação. Contudo esse equilíbrio não é, de maneira nenhuma, inabalável. A depressividade do clínico é um recurso que estará em pleno trabalho durante todo o processo psicoterapêutico.

O encontro com o idoso, ou com qualquer outro paciente, traumatiza o clínico – na medida em que é afetado pela narrativa do outro. Com os idosos, contudo, paira na transferência a ameaça da morte, de um não reencontro

numa sessão posterior. Paira a fragilidade da vida, quando vista sem o véu da imortalidade ilustrada por meio da idealização narcísica.

A clínica com os idosos obriga o psicoterapeuta a viver a sua própria envelhescência.

Num primeiro momento, o clínico pode sentir – e ter ou não consciência disso – um enorme desconforto diante da velhice do paciente. Assim, o clínico produziria um trabalho de investimento libidinal que teria por objetivo restituir ao corpo do idoso adoecido a libido que lhe falta.

O idoso, quando não consegue realizar o trabalho de envelhescência, encontra-se completamente desiludido com a vida e com seu próprio corpo. Fala, diretamente ou não, dos declínios, das dores e da morte. Esse cenário apresenta a velhice de uma forma completamente catastrófica, e na narrativa aparecem apenas os pontos negativos.

O ego do clínico produz uma enorme descarga de angústia diante do envelhecimento que surge no discurso. É como se o ego, por meio dos mecanismos de identificação, fosse ameaçado pela velhice que lhe é narrada – assim como a ameaça de ver seus entes amados envelhecendo e passando pelos mesmos sofrimentos do paciente – faz com que a negação da velhice seja altamente estimulada.

É necessário, e importante, que o clínico encontre pontos de ancoragem na identidade do paciente, para que investimentos vitais possam retornar e se firmar, constituindo uma vida na qual Eros esteja presente e dialogue com as frustrações típicas do processo de senescência.

Esse trabalho, contudo, é extremamente difícil e penoso para o clínico. Investir libidinalmente uma “dose” adequada, que permita a revitalização dos

pontos positivos da vida, sem negar os declínios, exige atenção constante. Qualquer variação na saúde do paciente, ou até mesmo no humor dele, pode afetar os mecanismos de defesa do clínico e produzir um tipo de investimento narcísico completamente fantasioso, idealizado. Se a angústia do psicoterapeuta tornar-se maior do que sua capacidade de suportar a velhice e suas vicissitudes, o paciente tenderá a ficar alienado na transferência e o trabalho psicoterapêutico conturbará, ainda mais, o trabalho de envelhescência.

É como se o clínico se tornasse um arquiteto da libido **no** e **do** idoso. A economia psíquica do paciente senil está passando por uma re-organização narcísica, tanto subjetiva quanto social, e que se caracteriza, fundamentalmente, pela falência do ego ideal “jovem”.

À medida que o ego ideal deixa de encontrar o conforto necessário no ego para que suas fantasias de onipotência se gratifiquem e, conseqüentemente, defendam-no da sensação de estar desprotegido diante das frustrações e limitações naturais da vida, Eros sofre um violento ataque por parte da velhice. Dessa forma, o envelhecimento pode ser reconhecido pelo idoso como um estado próximo ao do adoecimento físico. A idéia do “estar doente” está diretamente relacionada à fantasia de cura, o que daria um caráter transitório à velhice. Ao ser nomeada como doença, pode ser combatida e, como todas as outras doenças do corpo, pode ser eliminada. A conscientização gradual de que a velhice é um estado, uma etapa vital e não um adoecimento a ser erradicado, frustra, ainda mais, as fantasia onipotentes do sujeito – e pode produzir uma enorme sensação de impotência no clínico se este não realizar o seu próprio trabalho de envelhescência.

Como consequência da decepção do ego ideal diante da fragilidade do ego, o clínico pode enfrentar dificuldades relevantes na constituição de uma aliança terapêutica com o paciente.

O clínico, portanto, estará diante de um corpo envelhecido que se faz intensamente presente. Esta presença maciça do corpo, por vezes hipocondríaca, pode modificar o enquadramento clínico de maneira relevante, dificultando, e até impedindo, a livre-associação.

Torna-se necessário que o clínico equilibre o amor na transferência, aceitando e elaborando o corpo do idoso, e o seu próprio, possibilitando a presença flexível de Eros na transferência e, conseqüentemente, na relação do sujeito consigo e com o mundo.

Pierre Fédida (1988), ao tratar do amor e da morte na transferência, escreve o seguinte:

*“O médico está constantemente na relação com o amor porque as doenças físicas em sua evolução se apresentam como paixões amorosas. O médico cuida de Eros doente. Terapêia em grego é o cuidado exercido sobre Eros doente. O médico deve restabelecer o equilíbrio do corpo para que Eros doente pelo excesso de amor seja liberado desse excesso pelo amor que lhe traz o médico. Amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de Eros.” ( p. 28)*

Esse equilíbrio, como já foi dito, é instável e precisa ser cuidado grande parte do tempo. Sentir o ego deixar de ser investido com o brilho, com a magia

do ego ideal “imortal”, provoca um escurecimento da vida e dos objetos internos e externos. Nessa situação o clínico transita entre a tênue fronteira que separa a depressividade do estado deprimido. Essa fronteira estará em constante movimento; esta será uma característica que permanecerá durante o trabalho psíquico de envelhescência do próprio clínico e que será potencializado pela transferência com o idoso.

Com o trabalho de envelhescência sendo vivido de maneira saudável, o mundo subjetivo do idoso re-constrói uma relação com o mundo e a libido volta, gradativamente, a se acomodar no ego e nos objetos externos.

Esse trabalho de fortalecimento do ego e de flexibilização dos ideais facilita a elaboração de sua condição no tempo e no espaço dessa etapa da vida.

Pensemos, agora, mais especificamente na transferência dentro dos quadros demenciais. Qual a tarefa do clínico – à medida que o tempo presente passa a ser rejeitado? Como trabalhar com um paciente que não o reconhece como proprietário de uma identidade particular? Como trabalhar sendo, e muitas vezes não sendo, visto e reconhecido como clínico?

Freud (1937), em seu artigo “Construções em Análise”, apresenta uma idéia a respeito do trabalho clínico que nos será útil:

*“O analista não experimentou nem reprimiu nada do material em consideração; sua tarefa não pode ser recordar algo. Qual é, então, sua tarefa? Sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo. A ocasião e o modo como transmite suas construções à pessoa que está*



*sendo analisada, bem como as explicações com que as faz acompanhar, constituem o vínculo entre as duas partes do trabalho de análise, entre seu próprio papel e o do paciente” (Freud, p. 292-3, 1937)*

A questão da “construção” é fundamental para que possamos articular os elementos necessários para a fundamentação de uma clínica possível com pacientes em processo demencial.

Para tanto, torna-se necessário que pensemos a respeito da transferência levando-se em conta o grau da demência apresentada pelo paciente.

Nos casos em que a demência está em fase inicial, o paciente pode não registrar o nome do clínico, mas o reconhece em seu papel. O que lhe é dito, em palavras, poderá não ser recordado e, portanto, não terá condições de ser elaborado – trabalho psíquico que exige tempo e registro mnêmico. A construção clínica, nestes casos, sustenta-se, fundamentalmente, no vínculo. O trabalho de evocação do recente torna-se uma ferramenta extremamente frágil e, nessa medida, a síntese entre o que é narrado e a re-significação ou enriquecimento do passado não se dará, de maneira segura, por meio de explicações ou comentários extensos. Torna-se plausível a hipótese de que as vias de construção clínica nos quadros demenciais é o acolhimento, a escuta e o afeto.

A relação amorosa, em transferência, traz ao paciente a possibilidade de viver uma relação atual, nova, e que apresente um reconhecimento narcísico equilibrado – que leve em conta os declínios e as vantagens provenientes da

senescência – o que contribui para uma relação mais saudável com o tempo e com a própria condição etária e biográfica.

O que é produzido, em termos de palavras, entre uma sessão e outra, será esquecido. Em alguns casos, o que foi dito, poucos instantes atrás, também já foi esquecido. A mesma sessão pode “recomeçar” várias vezes, com o mesmo assunto ou com sua mudança brusca, sem que o paciente se recorde do que foi dito e não consiga estabelecer relação entre o que estava sendo dito e o que o levou ao novo tema.

O trabalho com pacientes em processo demencial confunde o clínico, retira-lhe a possibilidade de falar a respeito de um tempo mnêmico compartilhável, construído durante as sessões, por meio da relação. O paciente, muitas vezes, não se lembra do que foi dito na sessão anterior, nem o intuito daquele encontro ou do atual.

Esse *status* de “não-importante” fere o clínico e pode desarticular o seu trabalho. Contudo o “não lembrar” ou não “reconhecer” o trabalho psicoterapêutico produzem um encontro. Produzem uma possibilidade de conversa, de troca, de que o idoso com demência carece profundamente. O paciente senta-se, olha para o clínico e há, nesse encontro de olhares, um desencontro de “tempos”. Para o paciente, tudo aquilo pode ser completamente novo; para o clínico, aquele paciente é alguém com quem ele convive há um determinado tempo.

O clínico está acostumado, e sente-se confortável, em se reconhecer como aquele que produz interpretações, que produz construções que ajudam o paciente a elaborar questões conflitantes e ampliam a consciência. Esse cenário é fugidio e não se sustenta na clínica com pacientes demenciados. A

interpretação não se fixa porque, para que se o faça, o registro do tempo presente torna-se necessário. Nas demências, o tempo presente é justamente aquilo que é banido, irrepresentável.

Essa dinâmica que se instaura, algumas vezes, faz com que o clínico sinta-se inútil, sem função séria, sem ética. A ética é outra, porque os tempos do encontro psicopatológico são outros. O clínico acompanha o paciente e trabalha com o tempo passado, não por meio de uma síntese deste com o presente, mas da relação do passado com o próprio passado e, às vezes, sendo, também, parte do passado do paciente.

Nos casos em que o paciente apresenta um quadro demencial bastante evoluído, a relação transferencial muda intensamente de figura. Nesse cenário, o clínico não é mais reconhecido como parte de um todo terapêutico. Os danos cerebrais e subjetivos estão alastrados, de tal maneira, que a confusão mental e o grau de dependência prejudicam enormemente a construção de um vínculo.

Alguns pacientes em processo demencial reconhecem o clínico como se este fosse “alguém” específico, parte de sua história. O clínico passa a ser reconhecido como o amigo com quem o paciente trabalhou na roça, ou com o irmão de uma antiga namorada. Pode ser visto como alguém ameaçador, cruel ou pode ser visto como um policial que vai levá-lo, finalmente, para a sua verdadeira casa.

É comum que nessa etapa da doença, os pacientes com demência apresentem delírios e alucinações, o que nos coloca diante de uma possível semelhança a respeito da transferência com pacientes psicóticos e com pacientes que apresentam grau avançado de demência.

O clínico poderá tornar-se parte da cadeia delirante do paciente, contudo, diferente de algumas psicoses, a cognição nas demências está em grande parte deteriorada, o que afeta e prejudica a possibilidade de trabalho. O discurso do paciente apresenta-se empobrecido, as palavras lhe faltam, bem como seus significados, e a comunicação, por mais simples que seja, torna-se um trabalho árduo.

Ocorre, em virtude dessas características, um afastamento em relação ao idoso. Com frequência o clínico passa a se ocupar, exclusivamente, com os familiares desse idoso.

*“Inicialmente acredito ser importante no processo comunicativo tentar não falar sobre a pessoa como se ela não existisse. É comum quando não obtemos a resposta esperada desconsiderar aquele que não fala, conversamos apenas com quem nos responde verbalmente e a tempo. Paciência é a virtude que menos desenvolvemos na comunicação, queremos sempre rapidez na resposta. Nos cuidados com o portador precisamos rever essa atitude, a falta de paciência da comunicação será, sem dúvida, um fator impeditivo para a sua efetividade.” (Andréa Viude, p. 53, 2002)*

Os cuidadores tornam-se o alívio do clínico. É com eles que ele consegue desenvolver um trabalho que se fixe no tempo. Um trabalho que ganhe registro de memória e que possa ser retomado num próximo encontro. Muitas vezes, em virtude dessas características, o clínico passa a trabalhar apenas com os cuidadores – que passam, por sua vez, a ser os detentores da

voz do paciente e “tornam-se” ele mesmo, mas num estado muito mais organizado. O clínico, defensivamente, está presente na relação com os cuidadores, como forma de se afastar da angústia produzida pelo encontro com o paciente em estágio avançado de demência.

Contudo, ainda há trabalho que possa ser feito. O clínico torna-se um companheiro muito mais silencioso, mas extremamente presente, atento, cuidadoso e ouvinte. Torna-se, fundamentalmente, alguém que está com o paciente, trabalhando para a regulação da angústia – um difícil e importante trabalho.

Nos estágios avançados da doença, a angústia é liberada pelo ego de maneira desorganizada. Tudo é alerta, a vida se transforma numa ameaça à medida que não se sabe quem é, nem onde está, nem quem são esses ao seu redor. O paciente deixa de reconhecer e nomear afetos básicos. Grita por sentir algo estranho dentro do corpo – o que, anteriormente, ele nomearia de fome, atualmente é sentido como algo completamente estranho e destrutivo.

A tranqüilidade organizadora do clínico pode contribuir para o equilíbrio momentâneo da angústia, não só do paciente, mas também de seus familiares.

A esse respeito, devemos falar um pouco mais. A família pode projetar no clínico grande parte da sua frustração. Os familiares buscam um trabalho clínico, psicoterapêutico, mas não vêem melhoras no quadro do paciente. A família toma diversas atitudes, organiza-se nos cuidados e nas tarefas, mas não vê melhora no estado do paciente. Como sobreviver a esse cenário frustrante?

O clínico também irá defrontar-se com a evolução gradual da doença e ele próprio terá de lidar com sua frustração e com sensações de fracasso e

impotência. Desse modo, é fundamental que a clínica com pacientes em processo demencial esteja alicerçada, também, por uma aliança terapêutica com a família do paciente. O clínico tem, também, uma função pedagógica, pois pode ajudar os familiares a entenderem a doença, suas características e sua possível evolução. Dessa forma, facilita um gradual processo de elaboração da condição do paciente, o que minimiza as produções fantasiosas a respeito de uma cura, ou de atitudes idealizadas diante do sofrimento daquela pessoa amada.

O clínico deverá transitar por entre as evocações do paciente, por mais empobrecidas ou confusas que sejam. Será um simulacro, um contorno a ser preenchido dentro de um contexto delirante, do qual terá pouca ou nenhuma consciência. Mas ele estará lá, humano, acompanhando o paciente nos períodos de angústia, de crises de choro aterrorizantes, de risadas soltas pelo ar e sem piadas evidentes; estará junto em situações de vida e de morte. Estará lá, sendo alguém que acompanha outro alguém.

A vida, desde seus primórdios, é feita a dois. Mãe e bebê encontram-se para germinar o novo. A vida, mesmo nas demências, continua sendo feita a dois. Mesmo que um, desses dois, não reconheça o outro em determinados momentos. Mesmo que este outro não o reconheça nunca, ou só o faça por meio de mecanismos, que tornam esse outro alguém que é ou foi parte de sua história.

Mesmo nas demências, a vida, enquanto ela durar, é feita a dois. E enquanto houver dois, haverá alguma qualidade de transferência.

### **13. Conclusão: A experiência da releitura, o sonho e a construção de uma hipótese metapsicológica a respeito dos desenvolvimentos demenciais**

Gostaria de iniciar este capítulo fazendo algumas associações entre alguns estados psicopatológicos e o desenvolvimento dos quadros demenciais.

A respeito da melancolia, Freud (1917[1915]) aponta algumas características fundamentais, que podem ajudar-nos a pensar a questão do trabalho psíquico nas demências.

*“Existem, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular, então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destroçada. O resultado não foi o normal – uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo -, mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias. A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado.”(Freud, p.281, 1917[1915])*

Se levarmos em conta que Freud, *nesse mesmo texto*, “Luto e Melancolia”, afirma que o objeto perdido, que na citação acima é representado por uma “pessoa amada”, pode ser substituído por outros mais abstratos como, por exemplo, o “ideal de alguém” ( p. 275), teremos subsídios para pensar que o trabalho psíquico apresentado nos desenvolvimentos demenciais e na melancolia têm semelhanças importantes.

A catexia aos objetos do mundo externo que tem como função, também, sustentar a identidade subjetiva e social do idoso é, gradualmente, liquidada pela decepção inerente ao envelhecimento. A vivência das limitações e da idéia de proximidade da morte produz um intenso conflito entre o ego e seus ideais. O ego ideal não se ajusta à falência do corpo com facilidade.

Diante dessa relutância do ego ideal em habitar o ego do sujeito em envelhecimento, faz-se necessário o trabalho psíquico apresentado por Berlinck (2000) como “envelhescência”.

Em certos casos, contudo, o ego ideal não se ajusta às características da etapa senil da vida e, conseqüentemente, o ego perde um de seus maiores aliados, no que diz respeito à manutenção de seu *status* de objeto narcísico de investimento.

Aliado a esse conflito interno, alicerçado pela idéia de que o ego perdeu seu valor na velhice, existe a cultura na qual o idoso está inserido e que potencializa a experiência de desvalorização.

Essa repulsa social a respeito do idoso não é apenas cultural. Não é apenas fruto do modelo capitalista no qual só tem valor quem for considerado mão-de-obra ativa e apresentar potencial de consumo. Além desses fatores,



que têm um peso importantíssimo, há a recusa do envelhecimento do outro e do próprio.

Diante do idoso, o ego e seus ideais são invadidos por uma angústia que alimenta a impaciência, a desvalorização e, conseqüentemente, o abandono e o isolamento desse grupo nessa faixa etária.

Freud (1920) cita que o instinto de morte só tem acesso ao simbolismo à medida que estiver fundido com a pulsão de vida. A morte, por si só, não teria representação. Contudo, poderíamos pensar que a velhice agride tanto o sujeito idoso, quanto aqueles que estão ao seu redor, por meio da exposição de que o Homem é um ser natural e que, portanto, é parte de um ciclo de vida e morte.

Mesmo o idoso vivo, falante e em movimento, é, muitas vezes, repudiado por ser o representante da animalidade do humano. Talvez se as rugas pudessem falar, dissessem: “você não podem escapar da natureza”. Entretanto, o Homem odeia ser natural.

Retornando à questão da relação entre a melancolia e as demências, é curioso pensarmos na libido investindo o ego do demente. Se a hipótese de que o ego ideal se recusa a habitar o ego em declínio, como poderíamos justificar o ego permanecendo como objeto de catexia?

Os desenvolvimentos demenciais trazem à tona uma importante característica do aparelho psíquico que diz respeito à temporalidade do corpo e à atemporalidade do inconsciente.

Salvo nos casos de pseudodemências, a memória do idoso em processo de demência vai sendo “fagocitada” do mais recente registro mnêmico ao mais

antigo. Isso nos coloca diante de uma organização do ego, pré-consciente e calcada, também, na cronologia seqüencial das vivências.

O ego, com sua função de articulador entre as instâncias psíquicas e o mundo externo, apresenta, também, uma função sintética. A realização de uma síntese pressupõe um nível de organização simbólica que, como nos apontam os quadros demenciais, leva em consideração, de maneira importante, o tempo linear.

A hipótese central, a respeito do trabalho psíquico que pode se apresentar nos quadros demenciais, é a de que o ego sofreria, sim, um imenso empobrecimento – a inibição de sua função de sintetizador, mediado entre o mundo externo e interno.

Haveria uma reorganização econômica psíquica que se voltaria em direção à função do ego de arquivo mnêmico, em busca de revivenciar um tempo passado no qual o ego ideal ainda permanecia suficientemente acomodado no ego.

*“A certa altura do seu estudo, Halbwachs detém-se para examinar mais miudamente, o modo pelo qual se vai formando a ‘reconstrução do passado’. A situação tomada como exemplo é a releitura que o adulto faz de um livro de narrativas lido já na distante juventude.*

*A impressão inicial é a de um reencontro com o frescor da primeira leitura. Na verdade, antes de reabrir aquelas páginas seríamos capazes de lembrar poucas coisas: o assunto, algumas personagens mais caracterizadas, este ou aquele episódio mais pitoresco, emocionante ou engraçado e, às vezes, a imagem de uma gravura. Ao encetar*

*pormenores esquecidos, de tal maneira que possamos sentir as mesmas emoções que acompanharam o nosso primeiro contato com a obra, esperamos, em suma, que a memória nos faça reviver aquela bela experiência juvenil.”* (Grifo meu) (Ecléa Bosi, p. 56-7, 2001)

Ecléa Bosi ressalta, ao citar os estudos de Halbwachs a respeito da memória, que a re-leitura é um re-fazer a experiência primeira, pois o sujeito que lê, valorizando os ganhos adquiridos com a experiência de vida e com o passar dos anos, orgulha-se de sua capacidade intelectual e acresce, a partir do tempo presente, as experiências que são re-encontradas num texto lido no passado.

Esse contexto proporciona ao leitor que re-lê, ou que rememora, um “re-fazer” que se “faz” com base numa catexia que tem tanto o ego presente como alvo (que é a instância responsável pela leitura) assim como o texto, ou a imagem-memória, para produzir uma satisfação no “fazer” o passado aproximar-se do presente, acrescido dos ganhos provenientes da atualidade.

No caso das demências o ego vai, gradualmente, deixando de utilizar o tempo presente como palco para novas e criativas vivências. Os investimentos libidinais, que têm por alvo a realidade externa, vão-se resumindo ao uso dos objetos com o intuito de reconstruir uma cena passada, individual, sem que haja a síntese necessária para que o encontro entre a temporalidade e a atemporalidade psíquica possam produzir novas experiências.

Como não há valor na atualidade do tempo, não há satisfação nem a possibilidade de complementar o recordado, refazendo-o a partir de valores presentes. O que acontece é uma busca pela revivência pura do

passado, como se lá estivesse o “juvenil” em si, como se lá estivesse a possibilidade de reencontrar a libido, portadora de uma vitalidade já não mais sentida nem reconhecida na atualidade do tempo.

Para tanto, o funcionamento psíquico sofre alterações fundamentais em seu funcionamento. Só será possível sentir o passado, com sua intensidade mais ardente, caso o corpo – ancorado no tempo, possa transportar-se junto, embarcando nessa viagem. Aqui se instaura a necessidade de que haja um transtorno do juízo de realidade e da sensopercepção. Os pensamentos delirantes e a sensorialidade alucinatória tornar-se-iam os instrumentos psíquicos necessários para que essa empreitada, em busca da revivência da libido narcísica e da gratificação do ego ideal por meio da evocação, se torne possível.

*“Para sentir o espírito de um tempo que na não existe, para fazer-se contemporâneo dos homens de outrora [...] a dificuldade não está tanto no que é preciso saber do que no que é preciso não saber mais. Se nós quisermos verdadeiramente viver no século XV, quantas coisas deveremos esquecer: ciências, métodos, todas as conquistas que fazem de nós modernos! Devemos esquecer que a terra é redonda e que as estrelas são sóis, e não lâmpadas suspensas em uma abóbada de cristal, esquecer o sistema do mundo de Laplace para só crer na ciência de santo Tomás de Aquino, de Dante e daqueles cosmógrafos da Idade Média que nos ensinam a criação em sete dias e a função dos reinos pelo filho de Príamo, depois da destruição total de Tróia, a Grande.”*  
(Ecléa Bosi, p. 58-9, 2001)

A ruptura no tempo proporcionada pelo reviver demencial traz, novamente, ao convívio do paciente algumas cenas, lugares, pessoas e objetos que não mais fazem parte da atualidade, mas que sustentam, em seu caráter de lembrança, um *quantum* de libido necessária para o armazenamento da experiência. O ego buscaria, desesperadamente, o encontro com essa vitalidade registrada na memória, porém o acesso à imagem mnêmica e aos afetos que a envolvem, não trazem ao ego a intensidade do investimento libidinal presente no momento em que a cena foi vivida. As condições do corpo e do ambiente eram outras, e o *quantum* de libido que sustenta o traço mnêmico na parte pré-consciente do ego não é suficiente para aliviá-lo de seu horror diante das limitações da velhice e, conseqüentemente, da morte.

As cenas, os lugares, as pessoas e os objetos perdidos retornam por meio das lembranças, e, quanto mais avançado for o grau de demência, maior a ruptura de uma parte do ego com o mundo externo compartilhável dentro de uma cronologia social. O ego torna-se um passageiro, que perde o referencial de partida e de chegada, dedicando-se intensamente à sua busca fantasmática, “inesgotável”.

A palavra ‘inesgotável’, entre aspas, porque seu conceito não se aplica fielmente ao que está em jogo no trabalho psíquico em quadros demenciais. Quanto mais cindido do corpo (no sentido de uma materialidade em contato com o tempo) o ego estiver, menos vitalidade haverá para as atividades cotidianas e mais dependente o idoso se tornará. A relação erótica, prazerosa, com o meio no qual está inserido vai-se perdendo gradativamente; potencializando a retirada da libido dos objetos externos e fortalecendo os

investimentos narcísicos na parte restante do ego, aquela responsável pela manutenção dos arquivos mnêmicos.

Poderíamos levantar a hipótese de que a libido, que serve como “adesivo” à lembrança e que, portanto, a mantém registrada como recordação imagética e sensorial, é o principal foco nesta viagem regressiva do ego. Para esquivar-se do horror simbolizado pela velhice, e do não ajustamento dos ideais nesse corpo, visto e sentido como em ruínas, os investimentos libidinais se voltam, desregulando cada vez mais a economia psíquica, a essa quantidade de libido que serve como “adesivo” da memória. Como se esta fosse um alimento, que será devorado pelo ego, que partirá, novamente, em busca de um próximo registro mnêmico. Do mais recente, ao mais antigo. Esta experiência sensorial ganha contornos metapsicológicos interessantes se levarmos em conta o conceito de psicose alucinatória carregada de desejo proposta por Freud e discutida com detalhes no capítulo 12.3.

A questão da evocação como lembrança histórica dá-se por meio de um estímulo, interno ou externo, que reinveste a memória em virtude da compatibilidade do afeto atual com a cena recordada (Delia Catullo Goldfarb, 2004). Há, contudo, algo nas demências que passa a utilizar a memória como estímulo, e não o inverso. Só que a evocação se dá em caráter delirante e alucinatório. O tempo presente passa a ser o tempo da evocação, bem como os objetos que rodeiam o idoso, que passam a ser os representantes de uma outra temporalidade.

Poderíamos perguntar-nos, também, o seguinte: se há libido suficiente para a realização desse trabalho psíquico tão penoso, o que justificaria a busca de um *quantum* tão pequeno, preso a memórias e lembranças do passado? Talvez o que justifique esse fenômeno diga respeito à qualidade específica da revivência mnêmica que está sendo caçada.

A vivência de satisfação revivida na memória traz consigo uma característica que a atualidade não mais provê ao ego. Ali, naqueles momentos passados, o ego ainda servia como uma casa confortável para o ego ideal, portanto sustentava suas fantasias de inexorabilidade. As limitações e castrações eram administradas porque não se apresentavam de maneira radical, como a morte se apresenta na velhice.

Se o ego se fundamenta, constitui-se no bebê, de acordo com sua relação com os objetos do mundo, o movimento contrário, de abandono gradual dos objetos externos, produziria algo como uma “fagotização” do ego. Configura-se uma finitude poética, que se apresenta como um retorno ao começo de tudo, à origem do aparelho psíquico – nada mais sedutor no caso de pensarmos as demências, também, como uma possível fuga diante do fim da vida, diante de uma velhice estigmatizada.

Poderíamos pensar nesse movimento regressivo dos investimentos psíquicos seguindo a analogia dos sonhos. Freud (1900) constrói, em seu texto sobre a interpretação dos sonhos, a “primeira tópica”; por meio da qual apresenta um modelo metapsicológico a respeito dos sonhos. ( p. 577)

Numa ponta do aparelho estaria a motricidade – um corpo em movimento, capaz de agir em direção à gratificação de seus desejos – e, na outra ponta, a sensorialidade. No “entre”, estaria a instância pré-consciente

(PCS), na qual estariam registrados os traços mnêmicos, o arquivo de memória.

Nas demências, o movimento regressivo é muito parecido com o trabalho onírico. Se pensarmos a motricidade como a parte do ego capaz de realizar a síntese necessária para que o sujeito se relacione com o mundo externo, um mundo coletivo e compartilhado, poderemos notar, na evolução dos quadros demenciais, que o paciente se torna cada vez mais sensorial e menos motor.

Freud (1900), ainda na “Interpretação dos Sonhos”, cita que o sonho seria o guardião do sono. A revivência mnêmica, que faz uso dos objetos externos como se estes fossem simulacros de um passado, pode ser compreendida, também, como uma guardiã da vida. Manter o sujeito transitando em suas lembranças, revivendo-as, mantém-no afastado de sua condição senil. Mantém-no afastado de uma auto-imagem que revela um ego decepcionante, um corpo decepcionante e uma sociedade decepcionante. Afasta-o do ódio que tem de si, por não ter superado a própria velhice, e o ódio que tem do mundo, por este representá-lo, muitas vezes, como um estorvo ou inválido.

Seguindo a idéia da primeira tópica, o pré-consciente seria devorado pela demência. O espaço entre a sensorialidade e a motricidade diminuiria com a evolução do quadro. As lembranças vão-se tornando cada vez mais primitivas e os movimentos cada vez mais viscerais, menos simbólicos.

A viagem ao conteúdo mnêmico produz satisfação, produz prazer, à medida que é, em si, a realização de um desejo. Essa questão ajuda-nos a pensar a respeito da angústia na demência.



Nem todas as recordações são prazerosas, nem sempre vemos os idosos “re-encontrando” pessoas amadas, ou revivendo situações maravilhosas. Acontece, tanto na demência como nos sonhos, que a gratificação dos desejos em questão podem dizer respeito a instâncias psíquicas diferentes e, na maioria das vezes, inter-relacionadas.

Leonardo, por exemplo, apresenta uma repetição a respeito de seu fracasso em “curar” e “formar” seu único filho homem. Talvez esta cena lhe sirva como uma possibilidade sádica de gratificação superegóica. Um superego severo que se vinga do eu que envelhece, fazendo-o reviver o seu “fracasso”. Contudo, nesse mesmo cenário, há a narrativa de um homem que não era limitado por nada. Vendia casas para fazer dinheiro e ia a todos os médicos em busca da solução para o problema do filho; era praticamente imbatível. Ego ideal e ideal de ego parecem encontrar satisfação numa mesma cena. Tais características podem fazer-nos pensar a respeito dessa analogia entre a revivência demencial do passado e as construções oníricas.

Nas demências, contudo, esse processo dá-se em vigília. Não há acordar, não há um despertar que o coloque, novamente, dentro de um ambiente no qual o tempo é compartilhado com uma coletividade, onde o outro é reconhecido como portador de uma identidade própria, onde a falta é realmente falta e a saudade é realmente saudade.

Portanto, torna-se de fundamental importância que cuidemos, na clínica com pacientes em processo demencial, deste presente aterrorizante. É uma clínica na qual tentamos perturbar o “guardião do sono” ou, no caso, o “guardião do tempo”, para que possamos voltar a transitar, com o paciente, numa atualidade possível – mesmo que por pequenos momentos.

Esse retorno para a atualidade não se estrutura de uma maneira perversa. Não tem por objetivo dizer: “veja, você é realmente uma pessoa cheia de limitações, mas tem de se adaptar a todas elas e tocar a vida!”. A questão é, e se dá, de maneira diferente. Dá-se por meio do vínculo, por meio de uma relação transferencial na qual há amor, sentimento este que, da parte do clínico, reconhece o idoso como presente numa temporalidade compartilhada.

Penso, seguindo este raciocínio, que trabalhos realizados com grupos de pacientes com demência, em estágio inicial, são altamente produtivos. A possibilidade de interação com outros de sua geração, e com o próprio clínico, é um estímulo intenso à pulsão de vida, que pode, mesmo que por curtos momentos, voltar a reconhecer a atualidade da vida como um tempo digno de ser vivido.

Nos casos em que a demência se apresenta em estágios avançados, penso ser mais produtivo, e cuidadoso, atendimentos domiciliares. O paciente, devido ao grau de confusão, aos esquecimentos e às possíveis construções delirantes, conta com os objetos que compõem seu lar, como pontos de sustentação da identidade. Tirar o paciente de sua casa, muitas vezes, é o mesmo que afastá-lo de sua história, daquilo que ainda sustenta sua biografia. As fotos, os móveis, os cheiros e os corredores da casa tornam-se elementos de sustentação subjetiva e, conseqüentemente, aliviam a angústia. É dentro desse cenário que o clínico pode trabalhar; dentro de uma relação na qual a transferência é, também, ambiental.

Isso, entretanto, não propõe cura para as demências. Não sei, sinceramente, se tal condição pode ser alcançada. Não sei quantas disciplinas

científicas precisariam juntar esforços para erradicar o desenvolvimento demencial. Penso, contudo, que um bom trabalho pode “estancar” o desenvolvimento de certas demências e de certos pacientes.

“Certos” no sentido amplo da palavra. “Certos” no que diz respeito à idéia de construção de caso clínico, na qual cada história é uma nova história. Cada narrativa, singular como apresentação de um fenômeno, é uma aventura nova. Pensar, conhecer e aprimorar o saber a respeito de uma metapsicologia das demências pode-nos ajudar a “estar” presente numa clínica delicada, tanto para o clínico como para o idoso e seus familiares.

Apresentar ao sujeito uma relação alicerçada na atualidade, preenchida de respeito, dignidade, sensibilidade e, principalmente, vida, pode permitir, mesmo em quadros demenciais, a realização, parcial ou não, do trabalho de envelhescência. Re-construir um tempo presente no qual haja expectativa de vida, e mesmo de uma morte valorosa, pode ser um dos objetivos da clínica com idosos em processo demencial.

Por fim, independente de sucesso ou não, estar junto do idoso e acompanhá-lo em suas viagens já é um grande trabalho.

Como diz Fédida:

*“[...] são necessários dois para se curar do isolamento e do vazio interior. Ser-dois pode-se dizer, é colocar-se a dois para sair do fechamento de uma interioridade vazia, por ser privada de exterioridade.” (Pierre Fédida, p. 13, 2002)*

## **14 Referências Bibliográficas**

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. *Adolescência Normal: Um Enfoque Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

ASSOCIATION, American Psychiatric. *DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BASTOS, Cláudio Lyra. Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso. Parte I. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, n. 5, dez. 2005.

\_\_\_\_\_ Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso. Parte II. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, n. 1, mar. 2006.

\_\_\_\_\_ Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso. Parte III. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, n. 2, jun. 2006.

BEAUVOIR, Simone de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BOSI, Ecléa. *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CAOVILLA, Vera Pedrosa; CANINEU, Paulo Renato. *Você não está Sozinho*, São Paulo: Editora Abraz, 2002.

DAVIS, Madeleine; WALLBRIDGE, David. *Limite e Espaço: Uma Introdução à Obra de D. W. Winnicott*. São Paulo: Imago, 1982.

DOURADO, Márcia C. N. O mal-estar das demências. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Escuta, n.180, dez. 2004.

FÉDIDA, Pierre. *Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1988.

\_\_\_\_\_. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002.

FREUD, Sigmund. (1900) A Interpretação dos Sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E. S. B.* Direção de Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. IV.

\_\_\_\_\_. (1914). Para Introduzir o Narcisismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E. S. B.* Direção de Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_ (1917 [1915]). Luto e Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E. S. B.* Direção de Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

\_\_\_\_\_ (1917 [1915]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas E. S. B.* Direção de Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XV - XVI.

\_\_\_\_\_ (1920) Além do Princípio do Prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas – E. S. B.* Direção de Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

GOLDFARB, Delia Catullo. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

\_\_\_\_\_ *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GREVET, Eugenio H.; KNIJNIK, Lais. Diagnóstico de depressão maior e distímia. In: *Revista AMRIGS*, 45 (3,4): 108 – 110, 2001.

IACUB, Ricardo. Erótica e Velhice: Perspectivas do Ocidente. In: *Coleção Gerontologia*. São Paulo: Vetor, 2007. v. 4.

\_\_\_\_\_ LA PSEUDODEMENCIA y las demencias pseudos. In: *Revista Actualidad Psicológica*. Argentina, 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Comunicação Social*, abr. 2004.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

MARIN, Isabel da Silva K. *Violências*. São Paulo: Escuta, 2002.

MASCARO, Sonia de Amorim. *O que é Velhice?*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.

OLIVEIRA, André. *Estatuto do Idoso Comentado e Completo*. São Paulo: Imprinta, 2004.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *CID – 10 Classificação de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PRADO, Danda. , *O que é Família?*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

LEAL, Shirley A. da Silva Souza. O envelhecimento sob a perspectiva da psicossomática. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Escuta, n. especial, mai. 2005.

SCHIRRMACHER, Frank. *A Revolução dos Idosos*, Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

SOARES, Flávia Maria de Paula. *Envelhescência e Pathos: o lugar simbólico das psicopatologias na velhice*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

STUART-HAMILTON, Ian. *A psicologia do Envelhecimento: uma Introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VIEIRA, Sara Ponzini. Envelhescência, impasses clínicos e mudanças: papel da idealização na dupla terapêutica. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Escuta, n. especial, mai. 2005.

VIUDE, Andréa. Como comunicar-se com o portador de demência tipo Alzheimer. In: *Você não está Sozinho*. São Paulo: Editora Abraz, 2002.

ZEPPELLINI JUNIOR, José Carlos. O mal-estar no envelhecimento: sujeitos, pathos e as quatro estações. In: *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, n. 1, nov. 2005. v.5  
<http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/nov5/4.pdf>

WIESEL, Elie. *Homens sábios e suas histórias: retratos de mestres da bíblia, do Talmude e do hassidismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.



WINNICOTT, Donald W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.