UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

KATIA CHERIX

Contribuições da metapsicologia
freudiana para a compreensão dos
sintomas da demência tipo Alzheimer

São Paulo

2017

Katia Cherix

Contribuições da metapsicologia
freudiana para a compreensão dos
sintomas da demência tipo Alzheimer

Tese apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Doutora em Psicologia

Orientador: Professor Doutor Nelson Ernesto Coelho Junior

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO OU DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação Biblioteca Dante Moreira Leite Instituto
de Psicologia da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pela autora

Cherix, Katia.

Contribuições da metapsicologia freudiana para a compreensão
dos sintomas da demência tipo Alzheimer/Katia Cherix; orientador:
Nelson Coelho Junior. - -
São Paulo, 2017.
176 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de
concentração: Psicologia Experimental) - - Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise. 2. Demência. 3. Luto. 4. Envelhecimento.
5. Alzheimer. I. Ernesto Coelho Junior, Nelson, orient. II. Título

CONTRIBUIÇÕES DA METAPSICOLOGIA FREUDIANA PARA A COMPREENSÃO
DOS SINTOMAS DA DEMÊNCIA TIPO ALZHEIMER

Katia Cherix

BANCA EXAMINADORA

Ana Maria Loffredo – Instituto de Psicologia, USP

Maria Lúvia Tourinho Moretto – Instituto de Psicologia, USP

Delia Catullo Goldfarb – Ger-Ações Pesquisas e Ações em Gerontologia

Adriana Barbosa Pereira_ PUC-SP

Nelson Ernesto Coelho Junior (orientador) – Instituto de Psicologia, USP.

Tese defendida e aprovada em __/__/__

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Ao Nelson Ernesto Coelho Junior, pela sabedoria e confiança e consequente liberdade e segurança para escrever uma tese autoral, reflexo da minha atual opinião sobre o tema pesquisado. Agradeço pelas reuniões de orientação, momento de troca inestimável.

Ao grupo de orientação pelo respeito e generosidade, nestes quatro anos de jornada. Aos colegas Marcio Bandeira, Marcio Robert, Eugenio Dal Molin, Vitor Carvalho, José Henrique, Fabio Brinholi, Fabio Vargas, Thiago Abrantes e Marina Bialer.

À Adriana Barbosa Pereira e à Maria Manuela Assunção Moreno, pela atenção que deram ao meu trabalho, no seu momento inicial e vital.

Ao apoio de todas as colegas da associação Ger-Ações e, especialmente, à presença inspiradora de Delia Catullo Goldfarb.

Às minhas sócias da Por-Vir, Cintia Honda e Luciana Mannrich, por me ensinarem a riqueza de uma relação duradoura.

À minha família, meus pais Jean e Roseli, e meus irmãos, Patrick e Juliano, por toda a atenção, investimento e confiança.

Às minhas amigas queridas, sem as quais não teria terminado este projeto e que me acompanham em tantos outros projetos da vida: Cintia Honda, Cintia Vasques, Clodine Teixeira, Liliana Prado Lima e Mayra Xavier Castellani.

Ao Professor Doutor Benoit Verdon, por ter carinhosamente me acolhido no período do estágio, na Universidade Paris V.

Agradeço à CAPES e ao CNPq, por terem possibilitado me dedicar à redação desta tese.

Aos idosos e seus familiares,
Que, ao longo dos últimos dez anos,
Me deram o prazer de fazer parte de suas vidas,
Numa relação de troca e profundo respeito mútuo.

CHERIX, Katia. **Contribuições da metapsicologia freudiana para a compreensão dos sintomas da demência tipo Alzheimer.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RESUMO

Esta tese de doutorado busca fazer uma articulação entre conceitos da metapsicologia freudiana e sintomas da demência de tipo Alzheimer, como descritos pela neuropsicologia. A pesquisa levou a estudar a relação do idoso com seu corpo, durante o processo de envelhecimento, assim como o desenvolvimento do conceito de narcisismo por Freud e a implicação da estruturação deste para o surgimento das demências. Num segundo momento, seguindo os passos já trilhados por autores que levantaram a hipótese da relação entre o aparecimento do sintoma de perda de memória e a dificuldade na elaboração dos lutos, levantou-se a hipótese do sintoma de perda de memória como um mecanismo de defesa. A história subjetiva em relação ao complexo de castração define a maneira como o sujeito poderá lidar com a castração imposta pela aproximação do fim do Eu. Por fim, propôs-se uma leitura psicanalítica para as mudanças experimentadas pelo sujeito, desde o diagnóstico da doença de Alzheimer até o estágio avançado da doença. Nesse percurso, fica claro que, na fase inicial, o Supra Eu encontra-se abalado; na fase intermediária, são as funções do Eu que são atingidas até o ponto de nos encontrarmos diante de um sujeito sem um funcionamento egoico. É possível supor que, sem a possibilidade da sublimação ou da simbolização, as pulsões, sem representações que possam enlaçá-las, invadem o aparelho psíquico e o corpo do idoso, o qual já não se reconhece mais como um sujeito. Essa desintegração do Eu, à luz da metapsicologia, poderia ser compreendida como uma forma de mecanismo de defesa que protegeria o sujeito de entrar em contato com uma dor maior, ligada a uma história de lutos não elaborados e de traumas que seriam reatualizados no contato com os desafios do processo de envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Psicanálise. 2. Demência. 3. Luto. 4. Envelhecimento. 5. Alzheimer.

CHERIX, Katia. **Contributions of Freudian metapsychology to the understanding of the symptoms of Alzheimer's dementia.** Thesis (Doctorate) – Postgraduate Program of the Institute of Psychology of the University of São Paulo, São Paulo, 2017.

ABSTRACT

This doctoral thesis seeks to articulate concepts of Freudian metapsychology and the symptoms of Alzheimer's dementia as described by neuropsychology. The research led us to study the relationship that the elderly develop with their body during the aging process as well as the development of the concept of narcissism by Freud and the implication of the structure of this to the onset of dementia. In a second chapter, following the steps already taken by authors who raised the hypothesis of the relationship between the appearance of the symptom of memory loss and the difficulty in the elaboration of mourning, we hypothesized that the memory loss symptom can be understood as a defense mechanism. The subjective history of the castration complex defines the way in which the subject can deal with the castration imposed by the approximation of the end of life. Finally, we propose a psychoanalytic reading for the changes experienced by the subject from the diagnosis of Alzheimer's disease to the advanced stage of the disease. In this course, it is clear that in the initial phase, the Superego is shaken, in the intermediate phase, the functions of the ego are affected to the point of being faced with a subject without an egoic functioning. It is possible to suppose that without the possibility of sublimation or symbolization, the drives, without representations that can entail them, invade the psychic apparatus and the body of the elder who no longer recognizes himself as a subject. This disintegration of the ego, in the light of metapsychology, could be understood as a form of defense mechanism that would protect the subject from coming into contact with a greater pain, linked to a history of unprocessed mourning and traumas that would be awoken by the challenges of the aging process.

KEY WORDS: 1. Psychoanalysis. 2. Dementia. 3. Mourning. 4. Aging. 5. Alzheimer's disease.

Sumário

Introdução

Psicanálise e envelhecimento.....	p.1
Objetivos e métodos.....	p.8

Capítulo 1 Pulsão e narcisismo

Corpo e processo de envelhecimento.....	p.12
Destinos da pulsão.....	p.26
Narcisismo de vida e de morte.....	p.38

Capítulo 2 Caminhos do luto

Perdas e reposicionamento subjetivo: o luto como trabalho psíquico.....	p.43
Reatualização do complexo de castração e luto pelo fim do Eu.....	p.72

Capítulo 3 Contribuições da metapsicologia freudiana para a compreensão da demência tipo Alzheimer

Trabalho do negativo: mecanismos de defesa e configurações psicopatológicas.....	p.90
A transformação do funcionamento do aparelho psíquico ao longo das fases da doença de Alzheimer.....	p.93
- Fase pré-sintomática: Envelhecimento e <i>après-coup</i>	p.94
- Fase inicial: Esquecimento, angústia e recalque.....	p.101
- Fase intermediária: Desintegração do Eu.....	p.122
- Fase avançada: O reino da pulsão de morte.....	p.130
Surgimento dos sintomas demenciais como um mecanismo de defesa.....	p.142
....	

Considerações finais.....	p.170
---------------------------	-------

Referências.....	p.179
------------------	-------

Introdução

Psicanálise e envelhecimento

Minha relação com a psicanálise e com o envelhecimento foi, por vasto tempo, uma experiência clínica antes de ganhar um contorno teórico. No segundo ano da graduação, fiz um curso de Acompanhamento Terapêutico (AT), pois já no início (ou até antes, na verdade) da minha formação acadêmica, eu já queria trabalhar com pacientes “difíceis”. Apesar de ter demorado vários anos (graduação, especialização e mestrado) para ter vontade de me aprofundar no estudo da metapsicologia freudiana e assim escolher uma abordagem teórica a fim de organizar meus pensamentos de forma mais contínua, o desejo de estar em contato com a clínica, primeiro da psicose e depois do envelhecimento, foi algo bastante instantâneo para mim.

Minha formação como AT, como uma função terapêutica cujo manejo se baseia nos conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência, possibilitou-me entrar com segurança na clínica do envelhecimento, assim como minha experiência prévia com o campo da saúde mental e a formação teórica diversa que recebi, na graduação na USP. Foi só depois do primeiro impacto com a realidade do envelhecimento e diante dos limites de minhas ferramentas teóricas e recursos internos que fui buscar me aprofundar no estudo do envelhecimento, à luz da teoria psicanalítica, momento em que conheci Delia Catullo Goldfarb no curso de extensão que acontecia na PUC-SP.

De certa maneira, vivi (e continuo vivendo) uma experiência de *après-coup*, já que cada novo conceito teórico que “descubro” me permite simbolizar e ressignificar uma cascata de experiências vividas, as quais, mesmo recalçadas, me levaram a viver e trabalhar de forma muito rica, porém que demandavam significação e que conseguiram encontrá-la por meio deste projeto de escrever uma tese de doutorado, cujo objetivo é, no fundo, ressignificar minhas experiências com essa clínica. Por ter tido a oportunidade de receber uma bolsa para me dedicar a esta atividade de escrita e recursos psíquicos para lidar com esse efeito traumático do retorno de fortes impressões, esta experiência se torna mais prazerosa que desprazerosa. As ligações são estabelecidas criando um efeito de alívio e de diminuição da angústia. Esclareço isto, pois acredito que meu percurso e meu estilo de me relacionar com a clínica e com a teoria é algo que inevitavelmente atravessa a escrita deste trabalho.

Dito isto, posso começar a situar este trabalho no campo mais amplo do estudo do envelhecimento dentro da abordagem teórica psicanalítica. Começamos então pelo início. Em suas *Obras Completas*, Freud não aborda diretamente o tema do envelhecimento, porém, debruça-se na questão da morte. Em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (1915a/2010), compartilha o impacto da primeira guerra em sua vida. Para ele, a guerra obriga todos a mudar sua atitude perante à morte. Racionalmente, é possível pensar na morte como algo “natural, indiscutível e inevitável”, mas, no fundo, quando se pensa na morte, é sempre na morte do outro, como um expectador. Deduz, então, que, no inconsciente, cada um está convencido de sua imortalidade. Assim, na sociedade ocidental, fica-se perplexo diante da morte e do desaparecimento de um ente querido, enfrentando-se um “colapso total”. Diante desse profundo desamparo, a ficção nos oferece consolo, permitindo identificação com a figura do herói para viver várias vidas. Todavia, diante da guerra, a morte se torna tangente: [...] “os homens morrem realmente” (p.23).

No Id, instância que dirige o comportamento humano, para Freud, não existe registro possível da experiência de morte. A morte só pode ser entendida como vazio ou negativo, e como negativo não deixaria marcas no inconsciente: “[...] nada de pulsional favorece em nós a crença na morte” (FREUD, 1915a, p.30). Assim, estabelece-se um conflito entre uma parte consciente, que reconhece o fim da vida, e outra, inconsciente, que a nega. O tema da morte também é abordado em *Totem e Tabu* (1913), *Luto e Melancolia* (1917a) e *Além do princípio de prazer* (1920), entre outros trabalhos.

Em *Sobre a transitoriedade* (1916c), o autor mostra que, diante da fatalidade e do caráter perecível do belo, reagimos com desgosto e incredulidade. Por outro lado, a qualidade de perecível aumenta o valor dos objetos e da vida, tornando-os mais preciosos. Apesar da decrepitude do corpo, a produção intelectual perdura. Para ele, algumas pessoas sensíveis sentem uma aflição antecipada pela perda iminente de algo valioso, e assim preferem não desfrutar para não sofrerem. Diante da perda, a libido investida no objeto desaparecido retorna ao Eu, para, num segundo momento, ser investida em novo objeto. Assim, o trabalho de luto seria constante, durante toda a vida.

Na velhice, o trabalho de luto pode ficar mais intenso, pelo grande número de perdas reais e simbólicas. Apesar de demonstrar os benefícios da escuta psicanalítica para elaboração dos lutos, Freud (1917a) não desenvolveu o tema da escuta psicanalítica para idosos. Apenas pontuou, em trabalho inicial de sua carreira (1905a), em um momento no qual buscava circunscrever o campo e os limites do trabalho psicanalítico, que pessoas

com mais de cinquenta anos não tirariam proveito da análise, por terem pouca elasticidade mental. O acúmulo de material psíquico devido à idade demandaria muito tempo para ser trabalhado, dentro do método psicanalítico ortodoxo

Em 1921, Ferenczi, discípulo de Freud, sustenta essa mesma posição, ao explicar que, ao envelhecer, o homem retira a libido investida nos objetos para voltá-la ao seu Eu; isso explicaria por que alguns velhos perderiam interesse pelo mundo externo e se comportariam como “crianças narcísicas”. Para ele, a libido se fixaria numa etapa pré-genital do desenvolvimento, fazendo com que certos velhos apresentassem comportamentos desviantes, como homossexualismo, voyeurismo e onanismo. Podemos pensar que, dentro dessa lógica, o envelhecimento seria entendido como uma patologia. Já Abraham, em conferência em Berlim (1920), vai mitigar essa posição radical, ao enfatizar que, de acordo com sua experiência analítica, o indivíduo não abre mão da neurose que o acompanhou ao longo da vida e que a psicanálise pode, sim, ajudar esses pacientes, ao auxiliá-los na compreensão de seu sofrimento.

A partir dos anos 1950, Estados Unidos, França, Inglaterra e Alemanha começam a viver o processo de transição demográfica, tendo por consequência uma intensificação de pesquisas sobre o tema do envelhecimento. No Brasil, o envelhecimento da população não se deu de forma lenta, como nos países desenvolvidos, mas de maneira brusca, acompanhando o desenvolvimento econômico do país e as melhorias nas condições de vida da população. Em 1960, o Brasil tinha 4,7% de idosos; em 1991, 7,3%. Em 2015, a proporção de idosos (11,7%) foi bem próxima ao indicador mundial (12,3%) (BRASIL, 2002, 2015). Dessa forma, os primeiros textos acadêmicos ligados ao tema parecem ser de origem epidemiológica e vinculados a projetos de saúde pública, como os trabalhos pioneiros de Kalache, Veras e Ramos (1987), no qual apontam para o processo de transição epidemiológica em curso, suas possíveis causas e consequências.

Hoje, diante do cenário do aumento da população idosa, indagamo-nos sobre como fazer face ao sofrimento psíquico que surge na idade avançada. Dentro da compreensão psicanalítica, os sintomas de um sofrimento físico ligados à fragilização do corpo e aparecimento de doenças neurodegenerativas podem ter causa em um sofrimento psíquico que não consegue ser simbolizado e então procura escoamento diretamente no corpo. Os sintomas, se endereçados a um outro, se repetidos numa situação de transferência, podem ser elaborados, e as pulsões que os encadearam, ganharem novo curso.

No cenário atual da cidade de São Paulo, frente a aparição de sintomas ligados a um adoecimento, a família leva o idoso a um médico, normalmente geriatra ou neurologista. O médico se foca em fazer um diagnóstico baseado em exame clínico e exames de imagem. O diagnóstico oferecido à família se restringe, portanto, a uma explicação orgânica dos sintomas e à indicação de um medicamento que terá algum efeito sobre o sintoma orgânico e quase nenhum sobre o sofrimento psíquico. Receber um diagnóstico médico com o rótulo de uma doença degenerativa e incurável pode trazer um alívio ao idoso e à família, por finalmente encontrarem um nome para as mudanças que vinham enfrentando, em suas vidas, porém, com a pouca eficácia do tratamento medicamentoso; ante tal enigma das demências, paciente e família podem se sentir desamparados.

Ao propor um outro olhar para essa situação nesta tese de doutorado, não pretendemos de forma alguma questionar o componente orgânico na etiologia da demência tipo Alzheimer, nem seu desenvolvimento fisiológico que consiste em diferentes fases de alterações cognitivas, motoras e sociais, contudo, buscamos ampliar o debate, utilizando a ferramenta teórica da metapsicologia freudiana. Apesar de também procurar construções teórico-clínicas para entender os fenômenos psicopatológicos – ao contrário do olhar biomédico, que, em algumas situações, reduz o sujeito a uma doença que já tem seu curso previsto –, o método psicanalítico propõe manter uma abertura para acompanhar a experiência subjetiva de cada um, frente a essas transformações, e observar o sentido único que será dado aos sintomas, dentro de suas possibilidades psíquicas, ambientais e de sua história de vida.

Para Freud, o sintoma pode ser concebido como uma tentativa de cura que fracassou e se apresenta, por conseguinte, sob a forma de formação reativa ou de compromisso. Assim, a cura estaria relacionada com a possibilidade de entender o sintoma, de desfazer os nós de falsas conexões que se estabeleceram ao longo de associações que deram sentido a eventos da vida. Antes de 1900, Freud defende que a histeria é o produto de um conflito psíquico gerado por um evento traumático que deixou marcas, mas que não é lembrado no estado de vigília. As dores no corpo, teriam então sua etiologia nas reminiscências, eventos traumáticos esquecidos. O afeto é assim separado da representação, e expressa-se de forma deslocada. Diante desta constatação, Freud altera o método do tratamento psicanalítico então em vigor (hipnose) para o da associação livre com o objetivo de driblar a resistência e trazer as lembranças dolorosas à consciência. Em 1900, com a publicação de *A interpretação dos sonhos*, o sintoma ganha o sentido de uma

mensagem cifrada, e, a espelho do sonho, se mostra como uma forma da pulsão sexual encontrar satisfação de maneira “aceitável” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

Na *Conferência XVII* Freud apresenta casos clínicos que aparentemente não teriam sentido mas que pelo olhar da teoria psicanalítica, que postula que os sintomas estão intrinsicamente ligados a história do sujeito, ganham uma explicação: “Certamente, esta é uma doença louca. A imaginação psiquiátrica mais extravagante não teria conseguido, segundo penso, construir nada semelhante; e só mesmo vendo-a diante de si a cada dia, é que se é levado a acreditar nela” (FREUD, 1916b/2016, p.14).

Aqui podemos ousar comparar a perplexidade dos médicos frente aos sintomas da neurose obsessiva com a impotência que sentimos hoje no tratamento dos pacientes com demência. Freud explica como a energia psíquica se desloca nos sintomas apresentados pelos pacientes com neurose obsessiva para então chamar a atenção de seu público para uma questão ética, perfeitamente cabível no campo atual da clínica das demências no qual podemos nomear certos quadros sintomáticos porém, sem uma explicação teórica que dê sentido à progressão dos sintomas não é possível conceber uma terapêutica apropriada:

Talvez os senhores desejassem conhecer, antes disso, e tendo em mente nossos contatos anteriores, que atitude a psiquiatria contemporânea adota em relação aos problemas da neurose obsessiva. Está aí um capítulo árido. A psiquiatria dá nomes às diferentes obsessões, mas não diz nada mais acerca das mesmas. Por outro lado, insiste em que são “degenerados” aqueles que sofrem desses sintomas. Isto proporciona pouca satisfação; de fato, é um julgamento de valores - uma condenação, em vez de uma explicação. (FREUD, 1916b/2016, p. 15).

Enfim, o sintoma é entendido como uma solução de compromisso entre uma força inconsciente que procura satisfação e o mecanismo de defesa do recalque, oposição então entre o princípio de prazer e o de realidade. Com as mudanças operadas na teoria após 1920, como veremos ao longo da tese, fica claro que sentimos prazer com nossos sintomas e que de certa forma protegem o aparelho psíquico, não podendo ser simplesmente eliminados pelo método psicanalítico. Em 1926, Freud chega à conclusão de que

[o] sintoma é indício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é consequência do processo de repressão. Esta procede do Eu, que — por solicitação do Super-eu, eventualmente — não deseja colaborar num investimento instintual despertado no Id. Através da repressão, o Eu obtém que a ideia portadora do impulso desagradável seja mantida fora da consciência. A análise demonstra, com frequência, que a ideia foi conservada como formação inconsciente. (FREUD, 1926/2014, p. 19-20).

Dentro desta perspectiva, surgiu a ideia para esta tese de doutorado, oferecer respaldo teórico, dentro da metapsicologia freudiana, para a formação dos sintomas que acontecem na doença de Alzheimer. Mesmo conhecendo a explicação orgânica para o

surgimento dos sintomas da doença, não podemos deixar de pensar que existe um sofrimento psíquico atrelado à progressão dos sintomas e um rearranjo no modo de funcionamento das instancias psíquicas e dos mecanismos de defesa. Ao reduzir o sujeito a “um Alzheimer”, quando o diagnóstico da doença passa a ser o sujeito das relações e o sujeito desaparece da vista, da escuta, do toque, da sua própria vida, os sintomas de seu sofrimento psíquico desaparecem junto com o sujeito. Dentro da lógica da psicanálise, o sintoma se faz na relação com quem cuida de quem está doente, que traz para a relação um mal estar, um sofrimento. O sintoma pode assim ser entendido como o reconhecimento da dor por um outro.

Na clínica das demências, ainda grandemente influenciada pelo saber biomédico, o sofrimento psíquico seja como fator de etiologia da doença, seja como consequência do surgimento dos sintomas neuropsíquicos ainda é pouco levado em conta. Diante de imagens que “comprovam” que há uma modificação na forma como os neurônios fazem conexões, sem que se saiba a causa desta modificação, alguns médicos se sentem autorizados a dizer às famílias que o sujeito que eles conhecem não está mais lá, que desapareceu e não vai mais voltar. Essa situação coloca a questão do luto branco, que impõe às famílias que o passam a deparar com um processo de desligamento, como numa situação de uma morte brusca de um ente querido, porém, nesse caso, com ele ainda vivo. Existe um grande risco de a família deixar de investir na relação com o sujeito depois do diagnóstico, fazendo o doente se sentir sozinho em um momento no qual necessita de mais respaldo para dar conta psiquicamente de seus sintomas. Ao abrir uma porta para uma situação onde o idoso não é mais visto como sujeito, não sente dor, não tem memória, não está mais lá, abre-se uma porta para todo tipo de relação de violência física e simbólica, assim como para a autorização de atualizações de conteúdos reprimidos ligados ao Édipo e ao incesto, pois, segundo esse tipo de discurso, o doente não estaria mais em posição de dizer de si ou julgar as relações nas quais se encontra.

Dentro desta mesma linha, alguns médicos preferem não contar ao paciente sobre sua doença e orientam a família a esconder a verdade do paciente, para que este não sofra. O paciente encontra-se, assim, roubado de sua dor, de sua doença, do reconhecimento do outro e de meios para simbolizar o que sente. Para alguns pacientes, pode ser muito “dolorido” e aflitivo não compreender o que está acontecendo e não entender por que, de repente, sem motivos, passa a ser tratado de outra forma pela família. Pesquisas (LISHMAN et al., 2014; LEE et al., 2013) apontam que a maioria dos pacientes que recebem o diagnóstico de Alzheimer dos médicos amparados por suas famílias passam por um forte impacto emocional inicial, mas que, com o tempo, querem saber informações

sobre a doença e se apropriar do que está lhes acontecendo, além, é claro, de tomarem decisões em relação aos seus cuidados e escolhas de final de vida. Ao serem interrogados sobre o fato de que o médico poderia não lhes ter comunicado o diagnóstico, todos responderam que preferiram saber da doença, para poder lidar com ela.

Quem já conviveu com um idoso com Alzheimer sabe como é cansativo para o idoso e para os que convivem com ele a agitação e a ansiedade constante em que se encontra, deambulando, arrumando, descobrindo e perguntando, de novo e de novo, numa repetição eterna. Pensando agora sobre os casos a que atendi, essas manifestações são sempre inquietações, são sempre perguntas, dúvidas: onde está meu vestido? Onde está o dinheiro que eu guardei? Onde é a saída desta casa? A que horas minha mãe vem me buscar? Tais perguntas são uma verdadeira demanda de implicação, de resposta, de ação para o outro, mesmo se às vezes formuladas para si mesmo, para o outro em si. Um pedido de ajuda? A quem? A mim, que estou fora? À outra parte dele, que está inacessível, que detém o saber sobre si, que ele procura e não consegue encontrar? À mãe dentro de si? A todos? A qualquer um? Não há dor e sofrimento por trás dessas perguntas? Desses semblantes cheios de aflição? O que pensar de uma senhora que, cada vez que vê o gato da instituição, olha para ele e diz: “Mamãe, vem aqui”?

Das indagações da prática clínica com idosos e seus familiares partiu o desejo de fazer esta tese. Pelas situações que mais me chamaram a atenção, em relação ao sofrimento psíquico compartilhado nesses encontros, escolhi os temas do narcisismo, do luto, da ligação e do desligamento e da demência de Alzheimer. Assim, o objetivo deste trabalho é de nos posicionar no sentido de que a psicanálise e a investigação teórico-clínica ligada aos mecanismos de defesa e funcionamento psíquico, no envelhecimento, tem muito a oferecer, independentemente do atravessamento da realidade orgânica das patologias que se encontra presente e deve, sim, ser levado em conta, dentro da abordagem psicanalítica, considerada como mais um fator de excitação interna e externa que demanda trabalho psíquico. Porém, não como um evento externo, do real, que viria a aniquilar o sujeito, impedindo que este tivesse qualquer relação com o que lhe acontece, tornando qualquer intervenção psicanalítica sem sentido.

O método psicanalítico busca uma relação entre a prática clínica e a construção teórica. No entanto, essas construções teóricas são meras ficções que promovem certa aproximação, sem nunca perder de vista que cada experiência é única e singular e jamais poderá ser totalmente compreendida. Nesse sentido, não pretendemos propor mais uma

nomenclatura que leve a um fechamento, mas, ao contrário, reflexões que instiguem a curiosidade e a abertura.

Objetivos e métodos

Dentro de um campo de estudos mais amplo que busca aprofundar a compreensão das vivências, experiências, conflitos e possível sofrimento de quem passa pelo processo de envelhecimento, esta tese vai se restringir a articular alguns conceitos teóricos da metapsicologia freudiana com aspectos neuropsicológicos presentes ao longo da progressão da doença de Alzheimer. Os eixos que escolhemos para circunscrever nossa reflexão teórica foram primeiro o do narcisismo e da pulsão ligados à transformação do corpo e em seguida o do luto ligado às perdas reais e simbólicas, para num terceiro momento nos lançarmos numa articulação de conceitos da metapsicologia freudiana com os sintomas distintos de cada fase da doença de Alzheimer.

Questões fundamentais em relação à prática clínica com pacientes portadores desta doença, questões éticas relativas à perda de autonomia, assim como o sofrimento da família e a rede de cuidados ficarão fora do escopo deste trabalho teórico, porém se mantêm como pano de fundo na maneira como a pesquisadora compreende e tenciona a teoria. Nessa perspectiva, acredito ser igualmente importante esclarecer que, de forma alguma compartilho visões dentro ou fora da psicanálise, as quais reduzam as incríveis vivências humanas a palavras ou conceitos que poderiam completamente traduzi-las.

Do meu ponto de vista, a teoria está a serviço de ser uma ponte, uma ferramenta de aproximação com os pacientes, com a alteridade (a qual, na verdade, está em nós como nos outros) e de modo algum constitui um meio de distanciamento e controle do desconhecido. Meu objetivo é que essa construção teórica propicie um interesse e maior aproximação com os sujeitos que vivem seus processos de envelhecimento de forma única, original e singular.

Segundo Perruchon (1994), toda teoria, apesar de redutora, é útil para esclarecer zonas obscuras, ordenar, nos dar a ilusão de que capturamos o incompreensível, de que demos um sentido onde antes não havia sentido, como fazer aparecer algo que não podia ser visto, por não estar inserido num código simbólico. No caso do trabalho com a demência, no qual fazemos face a uma desorganização psíquica, o desejo de se agarrar a uma estrutura, uma construção teórica elaborada, a qual tente oferecer um sentido ao caos, é ainda mais intenso.

Essa iniciativa poderia ser entendida como uma defesa do pesquisador frente à angústia de tamanho desconhecido, porém, seria extremamente necessária para que os profissionais que pensam e trabalham nesse campo não sejam

tragados pelo “buraco negro” desse tipo de funcionamento psíquico. O desenvolvimento de novos conceitos teóricos, em um campo de pesquisa como este, pode servir como ferramenta para que possamos desenvolver um trabalho de maior qualidade e, sobretudo, nos ajudar, nós, analistas, a lidar com os sentimentos contratransferenciais de depressão, impotência e vazio, tão comuns nessa clínica. De sorte a enfrentarmos os efeitos da pulsão de morte, do desligamento na vida psíquica dos nossos pacientes, precisamos de alicerces seguros para garantir a presença de Eros na nossa própria vida psíquica, pois necessitaremos de energia para investir nossos próprios pensamentos, assim como o dos nossos pacientes com demência.

Diante deste cenário, existem diferentes métodos de se fazer pesquisa no campo psicanalítico. Posições mais compreensivas, naturalistas e historicistas compartilham do mesmo espaço. Mudanças ocorridas nos campos de saber como linguística, filosofia e ciências naturais causaram impacto para a pesquisa em psicanálise. Mezan (1998) aponta que a psicanálise tem pontos em comum com outras ciências, porém por ser um campo de forças constituído por diferentes abordagens teóricas, não é possível se chegar a um consenso ou paradigma único. Segundo ele, para Freud a pesquisa em psicanálise, assim como a teoria da psicanálise, é um trabalho de abstração da clínica.

A hermenêutica será usada como recurso metodológico nesta pesquisa. A hermenêutica teria surgido na Grécia Antiga onde era usada para decifrar poesias, teria aparecido em conjunto com a Filosofia e a Mitologia Grega. Num segundo momento, este método foi usado para estudar os escritos bíblicos e, no século XIX, tornou-se uma metodologia das ciências humanas. Esta forma de apreensão de sentido mantém-se atual, pois a compreensão hermenêutica dá relevância ao papel do pesquisador além de apoiar sua reflexão sobre a dialética entre a parte e o todo (GADAMER, 1988).

Este recurso metodológico foi escolhido por levar em conta a subjetividade da pesquisadora. Assim, o objetivo da leitura não é de interpretar para resgatar um sentido intrínseco da obra, e sim fazer conexões entre os textos lidos mantendo no horizonte o objetivo de pesquisa e levando em conta os limites colocados pelo contexto sócio-histórico no qual pesquisa e pesquisadora encontram-se inseridas. Esta experiência de leitura dá

relevância à dimensão existencial, pois a maneira como a pesquisadora é afetada pelos textos está marcada pelo seu viés clínico (FIGUEIREDO, 1994).

Interpretar seria desvendar o sentido do texto. O sentido seria transcendente ao texto, estaria além deste. Interpretar seria contextualizar ou recontextualizar, construir um fundo para que algo se configure (FIGUEIREDO, 1999, p.10). Este trabalho envolve estabelecer uma dialética entre o contexto externo (época, outros textos contemporâneos) e o interno (organização dos elementos do texto). Desta forma, cada leitura produz um sentido diferente, histórico e contingente. A interpretação pode ser entendida como um diálogo entre o leitor e seus pressupostos e o texto. O leitor traz o texto para o seu mundo, recontextualizando-o, ao mesmo tempo que mantêm-se aberto para o surgimento do estranho, do novo, do diferente a cada leitura (GADAMER, 1998 apud FIGUEIREDO, 1999).

Esta forma de se fazer pesquisa em psicanálise se insere no campo historicista, pois existe um diálogo entre tradição e alteridade, entre o autor e o leitor, possibilitando a emergência do novo. Assim, as concepções criadas deste diálogo estariam inseridas e delimitadas por certo contexto histórico, onde vários sentidos podem ser encontrados a partir do mesmo texto, fruto de diferentes leituras (COELHO JÚNIOR; CAMPOS, 2010).

Desta forma, as reflexões apresentadas nesta pesquisa são fruto da leitura de textos selecionados das Obras Psicológicas de Sigmund Freud¹. A seleção destes textos foi feita de acordo com o interesse para o objeto de estudo – a desintegração psíquica fruto da progressão da doença de Alzheimer. Não será uma leitura neutra, pois está permeada pela escuta analítica de idosos em enquadre de Acompanhamento Terapêutico, experiência clínica prévia da pesquisadora.

Foram primeiramente selecionados textos que permitam um aprofundamento no tema da pesquisa (a psicodinâmica no processo de envelhecimento) e, num segundo momento, que esclareçam os conceitos a serem usados para o desenvolvimento da hipótese de pesquisa- de que certas psicopatologias no envelhecimento poderiam ser entendidas dentro da perspectiva da metapsicologia freudiana. Assim, foram privilegiados textos de Freud que abordam os temas do Narcisismo (Pulsão de Vida e Pulsão de Morte), Complexo de Édipo, elaboração do luto e mecanismos de defesa.

Esta pesquisa se insere no campo de pesquisa histórico-conceitual de cunho teórico em psicanálise (COELHO JÚNIOR; CAMPOS, 2010). Para Mezan (1994), a pesquisa

¹ Daremos prioridade aos três volumes das “Obras Psicológicas de Sigmund Freud” traduzidas por Hanns (2004, 2006, 2007). Quando o texto não estiver disponível nessa edição, utilizaremos outras edições.

teórica de caráter-histórico conceitual seria um complemento à indagação do campo clínico. Uma continuidade da investigação que começa no atendimento clínico em contato com o paciente. A pesquisa em psicanálise, mesmo teórica, emerge da clínica psicanalítica pois se coloca como uma reflexão posterior sobre os processos psíquicos observados.

A psicanálise, tanto na clínica quanto em pesquisa, coloca um compromisso ético que respeita a singularidade de cada história ao mesmo tempo em que reflete sobre a possibilidade de processos universais. Através das experiências clínicas, Freud adiciona novos fragmentos à teoria. Aos poucos, vai afirmando a psicanálise como um método interpretativo (AGUIAR, 2006). Para Mezan (1998), é possível encontrar um rigor para a pesquisa em psicanálise por meio da fundamentação e contextualização sem perder do horizonte a particularidade de cada questão e o caminho singular para se chegar a cada objetivo.

Capítulo 1 Pulsão e narcisismo

Corpo e processo de envelhecimento

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.
Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas, e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.
Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
– Em que espelho ficou perdida
a minha face?*

(Cecília Meireles. *Retrato*)

Neste capítulo abordaremos o tema do corpo que ganha grande destaque na clínica do envelhecimento. A psique surge do corpo então de certa forma, como veremos ao longo desta ~~tese, com a desintegração psíquica~~, consequência da doença de Alzheimer, o corpo volta a ocupar um importante lugar na vida do sujeito como no início de sua constituição, especialmente como instrumento de comunicação. Abordando o tema do corpo pela óptica da metapsicologia podemos afirmar que antes do surgimento da segunda tópica, Freud (1914a/2004) já dá grande importância ao tema do corpo e do biológico. Imbuído pelo contexto de sua época, às vezes demonstra ter uma visão mecanicista do corpo, quando o define como fonte da pulsão (*Trieb*), a qual funcionaria como um motor, criando energia para o funcionamento da psique. A pulsão, que nasce no corpo, seria assim entendida como uma pressão (*Drang*), que, ao demandar trabalho (*Bearbeitung*), geraria o psíquico. Nessa visão, o corpo já é, desde o início, psíquico, pois, em face do desamparo e da pressão das pulsões, o psíquico surge para dar conta das intensidades e excessos (1890/1905). Desde esse psiquismo primitivo até o psiquismo estruturado, que dá conta das demandas das pulsões (Id)² e das exigências do Supra Eu, o sujeito passa por um longo percurso, no qual a libido que vem da fonte das pulsões ora é investida no Eu, ora nos objetos do mundo. Esse Eu vai se estruturando por meio de processos complexos de identificações e trabalhos de luto, os quais deixam marcas no Eu, principalmente a relação com os primeiros objetos (1914a/2004, 1917a, 1923b/2007).

² Neste trabalho, usaremos os conceitos de Id, Eu e Supra Eu, referentes à tradução para o português das obras de Freud feita por Hanns (1996).

Em *Um caso de histeria*, Freud (1901/1987) afirma que os sintomas apresentados pelas pacientes histéricas estão ligados mais a uma imagem, uma construção psíquica que fazem do seu corpo do que à anatomia. Os sintomas que revelam têm, então, a ver com uma história erógena desse corpo. Pouco tempo depois, ao escrever os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905b), o corpo da criança aparece como libidinizado pelos cuidados maternos, e a geografia das zonas erógenas é pautada na satisfação das necessidades fisiológicas, a boca ligada ao prazer oral, o ânus ligado ao prazer anal. A criança passa, assim, por fases do desenvolvimento em que uma parte de seu corpo se encontra momentaneamente mais investida do que outra. O corpo erógeno é, pois, um corpo marcado pela lembrança dessas primeiras excitações. Esses locais de fontes de prazer podem ser considerados locais de fonte da pulsão. Foram escolhidos pela pulsão, por terem sido excitados por um objeto externo.

Nesse texto inaugural, as pulsões são concebidas como parciais e ligadas a zonas erógenas específicas, até convergirem numa pulsão única, genital. Nesse momento da teoria, a fonte da pulsão está ligada a partes do corpo da criança e, ao mesmo tempo, o objeto da pulsão se mostra parcial, partes do corpo do adulto, como, por exemplo, o seio para a pulsão oral. Como veremos mais adiante, com o amadurecimento dos conceitos teóricos, em 1915c, a pulsão passa a ter como fonte todo o corpo da criança, e o objeto se torna total mas variável, ou seja, contingente (SCARFONE, 2004).

Esse corpo erotizado por um cuidador será a base para a constituição do Eu: “Assim, o Eu é sobretudo um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é, também, ele mesmo, a projeção de uma superfície.” (FREUD, 1923b/2007, p. 38).

Iniciando a abordagem desse tema, propomos uma breve explicação a propósito do conceito de Eu. O conceito de Eu teve vários significados diferentes, ao longo da obra freudiana. Em “Estudos sobre a histeria”, aparece como um conceito ambíguo, parte do sistema consciente, porém, detentor de mecanismos de defesa como a resistência, que seriam inconscientes. No “Projeto”, o Eu aparece como uma organização neuronal que tem como principal função inibir um excesso de realidade interna (alucinação), mas igualmente proteger a consciência de tudo que possa trazer desprazer. Em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”, o Eu apresenta dois modos de funcionamento, tanto de acordo com o princípio de prazer como de acordo com o princípio de realidade. Atenção e memória surgem como novas funções do Eu, já que este recebe as percepções do mundo externo e as compara com os registros mnêmicos. Não obstante, é somente com a segunda tópica e com o texto “O Eu e o Id”, de 1923, que as funções do Eu ficarão mais claras:

O eu se constituirá então como um complexo de representações de si mesmo, provenientes de estímulos internos e externos (e como tais, passíveis de mudanças através do tempo) representações que constroem um sentimento de si do qual a imagem corporal faz parte. (GOLDFARB, 2004, p. 109).

Essa instância aparece como mediador entre as exigências do Id e as demandas da realidade. Sede dos mecanismos de defesa e reservatório da libido, o Eu controla a maneira como as pulsões encontraram satisfação (investimentos, sublimação, recalque):

[...] comecemos por imaginar a existência de uma organização coesa de processos psíquicos inter-relacionados. Situemos estes processos em uma pessoa e os denominaremos seu Eu. Desse Eu diremos que há uma consciência atada a ele, e mais, que é o Eu que controla os acessos à motilidade motora, isto é, o escoamento em direção ao mundo externo das excitações internamente acumuladas. (FREUD, 1923b/2007, p. 30-31).

Assim, fica claro que o Eu consiste em uma parte do Id que sofreu modificação pelo contato com a realidade, de que grande parte continua inconsciente:

[...] o Eu resultou do processo de diferenciação que se deu na superfície do Id. O Eu se empenha em fazer valer a influência do mundo junto ao Id e os propósitos deste, bem como tenta substituir pelo princípio de realidade o princípio de prazer que reina no Id sem restrições. O papel da percepção no Eu é análogo ao da pulsão no Id. O Eu representa aquilo que podemos chamar de razão e ponderação, ao contrário do Id, que contém as paixões. (FREUD, 1923b/2007, p. 38).

Faz parte do Eu a função de percepção-consciência que se apoia sobre os restos da memória, para dar significado às informações percebidas. O Eu também controla os movimentos do corpo, sendo assim também corporal. Finalmente, o Eu é descrito por Freud como “[...] um pobre coitado que, tendo que servir a três diferentes senhores, vive ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do Id e a severidade do Supra Eu.” (FREUD, 1923b/2007, p.63).

O processo de constituição do Eu foi bastante estudado pela psicanálise pós-freudiana, sobretudo por Lacan (1949/1998), que desenvolveu a metáfora do estádio do espelho, a fim de abordar o momento em que a criança tem a vivência do seu corpo como totalidade. Com seis meses, a criança é capaz de se reconhecer no espelho:

[...] da inanidade da imagem, logo repercute, na criança, uma série de gestos em que ela experimenta, ludicamente a relação dos movimentos assumidos pela imagem com seu meio refletido, e desse complexo virtual com a realidade que ele reduplica, isto é, com seu próprio corpo e com as pessoas, ou seja, os objetos que estejam em suas imediações. (LACAN, 1949/1998, p. 96).

Lacan concebe o estádio do espelho como um mecanismo de identificação, ou seja, uma transformação que ocorre no sujeito, quando ele assume uma imagem. Num primeiro momento, o bebê vê a imagem de quem o cuida como se sua imagem própria fosse um

outro. Num segundo momento, vê a sua imagem refletida no espelho como se fosse um outro, pois não se reconhece nela de sorte que é apenas num terceiro momento que se apropria de sua imagem, que percebe que pode possuí-la, que ela é um reflexo de seu corpo, como na citação acima. Nesse momento, o bebê ainda se sente impotente e dependente dos cuidados maternos, contudo, sente grande prazer em perceber que tem o controle da imagem refletida no espelho. Essa forma de reconhecimento de sua imagem, pela criança, é chamada por Lacan de Eu ideal:

[...] matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949/1998, p. 97).

O reconhecimento nessa imagem é uma ficção e, assim, o sujeito estará sempre alienado nessa imagem:

Pois a forma total do corpo pela qual o sujeito antecipa numa miragem a maturação de sua potência só lhe é dada como *Gestalt*, isto é, numa exterioridade em que decerto esta forma é mais constituinte do que constituída. Assim esta *Gestalt* simboliza [...] a permanência mental do [eu] ao mesmo tempo em que prefigura sua destinação alienante. (LACAN, 1949/1998, p. 98).

Desse modo, essa imagem está ligada a um sentimento de potência e, como veremos adiante, a fissura causada nessa armadura alienante pela perda de reconhecimento de potência na imagem refletida do corpo velho pode ter graves consequências psíquicas. Para Lacan, a sensação de se ter um corpo despedaçado pode aparecer em sonhos, denunciando a fragilidade da anatomia criada pela fantasia e a ilusão de autonomia.

Essa experiência de coesão e potência só é possível pelo olhar da mãe, a qual investe o corpo da criança com esperanças e expectativas. No auge desse processo, o sujeito passa a se conceber como sendo um Eu separado do outro e tendo um corpo próprio – corpo investido e marcado pelo olhar, pelos desejos e pelas expectativas dos pais. Nessa perspectiva, o corpo passa a ser não só orgânico, fonte de pulsões, mas também corpo erógeno, investido libidinalmente pelo outro, fonte de desejo, prazer e dor. As sensações experimentadas pelo corpo, no mundo, vão deixando marcas e construindo um esquema corporal. As experiências de prazer e da relação do corpo próprio com o corpo do outro deixam traços na memória, construindo uma história desse corpo. Cria-se uma imagem corporal inconsciente, a qual possibilita ao sujeito se reconhecer como o mesmo, nas diferentes fases da vida, como tendo a mesma identidade, embora com as modificações do corpo, ao longo do tempo. Dessa forma, desde os primórdios, existe uma distância entre a imagem que temos do nosso corpo e de nós mesmos e a imagem que o espelho mostra. Nossa primeira experiência frente ao espelho é nos reconhecermos numa imagem que representará o Eu ideal, ou seja, é um momento no qual a criança se olha no espelho e se

reconhece; sente-se potente, imbuída da esperança dos pais. Essa situação do espelho positivo é um ponto importante de constituição da identidade (GOLDFARB, 1997).

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), Freud criou o termo Ideal de Eu (*Idealich*), em 1914a, e não faz nenhuma distinção entre este termo e *Eu ideal*, já que ambos fazem referência a um ideal narcísico de onipotência construído a partir do modelo do narcisismo infantil. Quando a circunstância de satisfazer a pulsão entra em conflito com as exigências culturais, o mecanismo de defesa do recalque entra em cena. O recalque parte da avaliação que o Eu faz de si mesmo em relação a essas exigências. Cada indivíduo opta por mais satisfação pulsional ou mais uso da defesa do recalque, de acordo com o ideal que erigiu para si e com o qual compara seu Eu. No texto de 1914a, ainda não estamos diante da organização Id, Eu, Supra Eu, de maneira que Freud afirma, nesse momento, que a condição para o recalque é a formação de ideal que acontece no Eu. Com a passagem pelo Complexo de Édipo, o amor que a criança tinha por si passa a ser investido em um ideal que representa esse momento de onipotência anterior ao encontro com o limite simbolizado pelo complexo de castração:³

O amor de si mesmo que já foi desfrutado pelo Eu verdadeiro na infância dirige-se agora a este Eu ideal. O narcisismo surge deslocado neste novo Eu que é ideal, e que, como o Eu infantil, se encontra agora de posse de toda valiosa perfeição e completude [...] Ele procurará recuperá-lo então na nova forma de um ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal. (FREUD, 1914a/2004, p. 112).

Nesse ponto, Freud constrói a hipótese de uma instância de consciência moral da qual faria parte o Ideal de Eu, herdeiro do amor que a criança tinha por si, mas igualmente da crítica dos pais e dos valores da sociedade.

Em 1923, Freud mostra que o Supra Eu, além de ser formado pelo Ideal de Eu e pela consciência moral, como elaborado em 1914, também é um precipitado das identificações com os objetos dos quais cada um se separou na primeira infância:⁴

[...] quando um tal objeto sexual por alguma razão deve ou precisa ser abandonado, não é raro ocorrer uma modificação do Eu, que podemos descrever de modo análogo ao processo de melancolia, no qual o objeto é erigido dentro do Eu. [...] Talvez esta identificação seja mesmo uma condição necessária para que o Id desista de seus objetos. (FREUD, 1923b/2007, p. 41).

A partir desse ponto, a identificação se torna um dos principais mecanismos para a constituição do Eu e do Supra Eu. Durante o complexo de Édipo, o menino se apropria da figura do pai, por meio de uma identificação. O relacionamento com o pai é ambivalente, pois gostaria de ser como ele, ao mesmo tempo em que gostaria de afastá-lo da mãe, seu

³ Esse conceito será mais bem tratado no Capítulo 2.

⁴ O tema da melancolia e da transformação do Eu frente às perdas será trabalhado no Capítulo 2.

objeto de desejo. Com o desfecho do complexo de Édipo, o menino desiste de investir na mãe como objeto de desejo e intensifica sua identificação com o pai. É essa proibição que o pai fez, de que o menino não pode possuir sua mãe, que será internalizada e constituirá a base para a formação do Supra Eu:

[...] como resultado mais comum desta fase sexual regida pelo complexo de Édipo, encontraremos no Eu um precipitado que consiste do produto dessas duas identificações [materna e paterna] de alguma forma combinadas. Essa mudança que ocorre no Eu terá, dali em diante, um papel especial, apresentando-se frente ao outro conteúdo do Eu na forma de um Ideal de Eu ou de um Supra-Eu. (FREUD, 1923b/2007, p. 44).

O Supra Eu também é herdeiro das motivações do Id que o alimenta em libido e assim se encontra ligado com a herança arcaica e filogenética; ao mesmo tempo, a figura paterna internalizada e outras referências de autoridade presentes na infância da criança moldarão sua consciência moral. Ao se comparar com esse Ideal de Eu exigente, o Eu pode sentir angústia e desenvolver um sentimento de culpa inconsciente, por causa de “[...] uma condenação moral ao Eu promovida por sua instância crítica.” (FREUD, 1923b/2007, p. 58).

De acordo com Goldfarb (1997), o sujeito, ao envelhecer, toma consciência de que entrou no processo de envelhecimento e é chamado a elaborar as perdas que dele decorrem, quando passa por uma experiência intensa, a qual aponta para a perda da funcionalidade do corpo e sua futura impotência, como uma queda na rua, uma lesão física ou o diagnóstico de uma enfermidade. As mudanças do corpo, que indicam o envelhecimento, como o aparecimento de cabelos brancos e as alterações no trato social, como oferecimento de assento para idosos, em transporte público, podem ser sentidas como uma violência pelo sujeito, por desalojá-lo do lugar a que acreditava pertencer. Nesse momento, o sujeito passaria por uma fase do espelho negativo, ou seja, o reflexo de si que vê no espelho e no olhar do outro não é mais imbuído de esperança, porém, de declínio físico, desvalorização social e proximidade da morte (GOLDFARB, 2004).

Assim, com a chegada da velhice, o corpo se faz cada vez mais presente na vida cotidiana e psíquica do sujeito. Ao escutar idosos, é possível perceber que alguns passam muito tempo falando, queixando-se e preocupando-se com o corpo. O corpo, algo familiar, que nos constitui e nos pertence, passa a ter outro registro, tornando-se algo estranho e ameaçador. Dessa forma, precisamos estar cada vez mais atentos e preocupados com suas mudanças, inconstâncias, sempre à espreita de indícios de doença e morte, dos sinais desse “outro” em mim.

Em *O inquietante* (1919/2010), Freud explora o significado da palavra *unheimliche*, que pode ter o significado de estranho e familiar, ao mesmo tempo. Descreve uma certa inquietação que sentimos, quando algo que um dia nos foi familiar retorna como algo estranho, depois de ter sido recalcado. Diante dessa experiência, sentimos medo e horror. As mudanças do corpo e a crise na passagem para a velhice podem ser associadas a essa sensação do estranho. A velhice e a perda de funcionalidade do corpo são esperadas, porém, quando surgem, quando se concretizam materialmente, quando se tornam evidências irrefutáveis, podem ser sentidas como algo estranho, que vem de fora e surpreende o sujeito, de maneira repentina e assustadora, tornando a experiência do envelhecimento mais traumática para alguns indivíduos do que para outros.

Lopes (2009) usa o romance de Oscar Wilde, *O retrato de Dorian Gray*, para tratar da imagem da velhice como algo a ser evitado, em virtude de, socialmente, a velhice ter uma conotação negativa. É comum ouvir idosos dizendo que não se sentem idosos ou velhos, fugindo dessas referências sociais pelo máximo de tempo possível. Tal resistência a essa identificação é compreensível, pois, em vista de a sociedade atual ser pautada em valores ligados à juventude e poder de consumo, os idosos, como grupo, podem se sentir marginalizados e estigmatizados. A maioria das pessoas não quer se identificar com a palavra *velho* ou *idoso*, porque isso implicaria se identificarem com um lugar negativo, esvaziado de atributos positivos (CHERIX, 2013a). Nessa mesma linha, Goldfarb (1997) alude à angústia da experiência do não-reconhecimento, numa imagem de velho:

Quando o sujeito que envelhece diz: “esse não sou eu”, evidentemente nos diz que o rosto no qual ele poderia se reconhecer tranquilamente não é aquele. [...] tanto o adolescente quanto o sujeito que envelhece sabem perfeitamente que aquela imagem lhes pertence, mas experimentam ante ela uma certa estranheza, um susto, como se a imagem fosse de outro: há uma falta de reconhecimento como imagem, não como sujeito. Não é o rosto que lhes corresponde. Aquele ali, o velho do espelho é outro, não é a representação conhecida por ele como seu próprio rosto; a representação conhecida de sua face ficou perdida, e em alguns casos, como na demência, para sempre. (GOLDFARB, 1997, p. 35).

Essa reflexão acerca da recusa de identificação com uma imagem negativa, a qual nos incumbiria de um certo papel social que cercearia nossas possibilidades de existência no mundo, nos faz pensar que, atualmente, o corpo do velho é pouco valorizado e investido pelo social, o que acarretaria graves consequências para o processo de subjetivação. Por portar um corpo não mais valorizado, alguns idosos podem se sentir isolados; a falta de contato pode diminuir o fluxo libidinal, e a preocupação de alguns idosos com doenças pode ser entendida como uma forma de conseguir um olhar investido de interesse nesse corpo. O corpo doente ou dependente passa a ser novamente investido, e a doença permite a criação de vínculos e contatos com outros (GOLDFARB, 1997; VOLICH, 2009).

Já Mucida (2009), embasada na psicanálise lacaniana, ressalta a importância da libidinalização do corpo pela palavra. Para ela, o corpo poderia ser visto como um laço feito de três fitas: corpo biológico, com o qual se nasce, imagens que o formam como corpo próprio e as palavras que o nomeiam. A autora chama a atenção para as marcas da palavra do outro, no corpo. Dessa maneira, os discursos e tratamentos dados à velhice em cada época e cultura têm efeitos sobre o corpo. Hoje em dia, cultuamos a juventude e a atividade, de sorte que procuramos esconder as marcas da passagem do tempo. Continuamos expressando nossa sexualidade até o fim da vida, porém, para o social, o corpo envelhecido pode perder interesse como objeto de investimento.

Messy (1992), psicanalista francês com longo percurso no estudo do envelhecimento, sublinha que, no final da vida, pode existir uma tendência de se retirar as emanções da libido dos objetos de amor, e voltar sobre o Eu a energia libidinal. Essa diminuição quantitativa favorece uma regressão a estados pré-genitais, um retorno ao narcisismo primário. Segundo o autor, do mesmo modo que o sujeito passou pela fase do espelho, quando se reconheceu numa imagem potente, o que possibilitou que ele integrasse as partes do seu Eu, alguns sujeitos, frente a uma imagem desprovida de potência, passariam pela fase do “Espelho Quebrado”. Ao ver uma imagem de velho pouco valorizada socialmente, na qual não se reconhece, no espelho, antecipa o desregramento do Eu, a ideia de perda do controle de sua unidade corporal e sua morte. O que vê à sua frente e no futuro não é mais a possibilidade de ser algo melhor, de chegar a uma imagem de completude como o Ideal de Eu, e sim um “Eu Feiura” refletido no espelho e no olhar do outro. Tal experiência seria extremamente violenta, pois quebraria a relação do Eu com as antigas imagens que o constituíram. Sujeitos mais frágeis narcisicamente poderiam ter muita dificuldade de aceitar sua nova imagem, enquanto outras pessoas conseguiriam investir essa nova imagem e esse corpo velho.

Para Ferrey e Le Gouès (2008), diante dessa modificação da imagem de si-mesmo, o Eu procura uma nova posição em que poderia ser amado, em conformidade com as exigências do mundo externo. Em alguns casos, nos quais os idosos se encontram mais marginalizados e excluídos, as possibilidades sociais de investimento em novos objetos podem diminuir, e o circuito de troca de energia libidinal que alimenta o narcisismo pode se ver empobrecido. Por isso, ao se sentirem desinvestidos pelo ambiente, alguns idosos podem voltar para si a energia que lhes resta, como indicado acima por Messy. Sem ser objeto de amor para si-mesmo, não é possível colocar-se como tal para os outros. A qualidade do investimento libidinal em novos objetos é afetada pela história psíquica do

sujeito e pelas oportunidades que o ambiente oferece para trocas afetivas. As trocas podem ajudar a melhorar a circulação da libido do sujeito, além de permitirem que ele se imagine no futuro como um sujeito inteiro, capaz de manter projetos de vida, ao invés de paralisar-se em face da possibilidade de um esfacelamento psíquico anunciado pelo “Espelho Quebrado”.

O envelhecimento, como a adolescência, pode ser um processo que traz desestabilização para o reconhecimento de si em uma imagem. Diante desse desafio, o sujeito se arma de defesas que se estruturaram no Eu, ao longo da vida, a fim de lidar com angústias e traumas. Assim, a unidade do Eu e a sensação de identidade são apenas aparentes, pois o aparelho psíquico se constitui na tensão entre as instâncias e forças em jogo. As exigências pulsionais mobilizam um incessante trabalho de síntese, coesão e elaboração. Envelhecer, dependendo da história do sujeito, pode colocar essa capacidade de coesão do Eu à prova, porque não se trata apenas de aceitar as perdas, mas de mobilizar recursos criativos para que o Eu possa se apropriar dessas mudanças. O corpo ocupa uma posição central nesse campo em transformação, uma vez que é, cada vez mais, fonte de excitações e tensões que demandam incessante trabalho psíquico (VERDON, 2013).

Frequentemente escutamos idosos se queixarem de que gostariam de fazer coisas que o corpo não permite mais. Também vemos algumas famílias limitando a ação do idoso no mundo, por ele ser velho ou por seu corpo estar fragilizado. Uma viagem de carro mais longa para ver um parente distante, uma ida ao cinema ou a uma exposição, a participação no aniversário de um neto podem gerar dúvidas e mal-estar. Muitas vezes, ouvimos que os idosos precisam descansar ou cuidar de sua saúde, ficando em casa ou no quarto, afastados do convívio social.

Por um lado, existe um preconceito e ignorância em relação ao envelhecimento, com uma certa miopia em enxergar um sujeito de desejo num corpo fragilizado. Por outro, a proximidade com um corpo fragilizado ou dependente nos mobiliza angústias primitivas relacionadas com o medo da finitude, a impotência e a dependência do outro. Além de ter de lidar com o preconceito atrelado a sua nova condição social, enfrentar perdas reais e simbólicas, alguns idosos buscam meios psíquicos de superar o pavor diante desse corpo que perde sua funcionalidade, seu poder de ação sobre o mundo.

Este trecho do lindo livro *A máquina de fazer espanhóis* ilustra esse mal-estar em relação às mudanças corporais:

[...] isto é violência na terceira idade. sabem por quê, porque o nosso inimigo é o corpo. porque o corpo é que nos ataca. estamos finalmente perante o mais terrível dos animais, o nosso próprio bicho, o bicho que somos. que decide que é chegado o momento de começarmos a desligar-nos os sentidos e decide como e

quando devemos padecer de que tipo de dor ou loucura. pois eu que tenho cem anos e podia quase ser vosso pai quero dizer-vos que ser-se velho é viver contra o corpo. o estupor do bicho que nós somos e que já não nos suporta mais. a violência na terceira idade. (MÃE, 2011, p. 126).

Fica claro que o processo de envelhecimento causa uma mudança no corpo e, por nossa imagem de Eu estar intrinsecamente ligada à imagem que temos do nosso corpo, essa mudança gera um grande impacto psíquico. Por um lado, é possível libidinizar o corpo velho e continuar investindo na imagem que se tem de si, dentro de uma certa experiência de continuidade. Por outro, algumas pessoas podem ter dificuldade em fazer o luto por uma imagem que foi perdida e que não poderá mais ser alcançada.

Já no caso da doença de Alzheimer, assistimos a uma perda dos contornos do Eu psíquico e igualmente a um não reconhecimento do Eu, na imagem do corpo. Muitas pacientes, ao se olharem no espelho ou em fotografias, não se reconhecem. Para além da questão da perda de memória, é interessante escutá-las. Algumas dizem que essa figura é mãe ou avó, mas que nunca poderia representá-las, pois elas não são velhas. Na minha experiência clínica, pude acompanhar um processo de “rejuvenescimento” de pacientes, pois, como na doença de Alzheimer as lembranças vão sendo apagadas das mais recentes às mais antigas, algumas esquecem dos netos e deixam de ser avós, em seguida esquecem dos filhos e deixam de ser mães. Algumas pacientes se mantinham num momento de suas vidas antes do casamento, jovens e desejáveis. Outras se identificavam comigo e achavam que tínhamos a mesma idade, que eram jovens como eu, talvez, por terem perdido os contornos de seu Eu, usem um mecanismo primitivo de se reconhecerem na imagem do outro. Por fim, em estágios mais avançados da doença, é possível acompanhar pacientes que se assustam com a imagem de si refletida no espelho, porque não se reconhecem nela e assumem que outra pessoa, “uma velha”, está presente no banheiro. Nesse tipo de experiência, algo parece ter-se desconstruído e o que foi adquirido no estádio do espelho, conforme explicado por Lacan, se perde. A imagem que se tem de si definitivamente não se cola mais à imagem refletida pelo espelho. Nas palavras de Goldfarb (2004):

Na demência existe uma total falta de reconhecimento da própria imagem no espelho, tal ponto que, é comum encontrar um demenciado conversando com o reflexo de sua própria imagem exatamente como se fosse outra pessoa, como uma recusa da realidade ante o que poderia ser uma visão traumatizante. Opera-se um verdadeiro desaparecimento de si mesmo no lugar do duplo da imagem especular, da imagem de si como outro, e nesse universo dos outros todos desaparecem. Não se reconhece mais a si próprio, nem ao filho mais amado, nem ao companheiro de tantos anos, nem ao amigo de toda a vida. Os lugares dos outros ou não mais existem ou passam a ser intercambiáveis, podendo ser ocupados por qualquer pessoa como a enfermeira, o médico, a mucama. (GOLDFARB, 2004, p. 168).

Para Charazac (2009), o sentimento de identidade ou de se ter um Eu coeso é uma representação que repousa no narcisismo concebido como um investimento libidinal

primordial no Eu. O diagnóstico da doença de Alzheimer e os primeiros sintomas, como a perda de memória, trazem um sentimento de estranhamento e a sensação é de que o corpo passou a se comportar como um inimigo, algo que não podemos mais controlar. Aos “buracos” da memória se somam os déficits funcionais e a perda de autonomia, num movimento de regressão em relação à descoberta e aprendizado de controle adquiridos na primeira infância. Segundo o autor, poderíamos pensar numa deformação do Eu corporal. Junto com essa mudança, também acompanhamos uma alteração na imagem inconsciente que o sujeito tem de seu corpo. Para desenvolver esse argumento, o autor cita Dolto (1984). De acordo com Dolto (1984), o esquema corporal não é a imagem do corpo. Por um lado, um esquema corporal saudável pode ser maculado por uma imagem do corpo perturbada e, por outro lado, uma criança doente pode ter uma imagem do corpo saudável:

[...] Se o esquema corporal é em princípio o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana, a imagem do corpo, em oposição, é singular: está ligada ao sujeito e à sua história. Ela é específica de uma libido em situação, de um tipo de relação libidinal. Como resultado o esquema corporal é em parte inconsciente mas também pré-consciente e consciente, enquanto que a imagem do corpo é inconsciente. (DOLTO, 1984, p. 22).

Nessa perspectiva, é possível supor que no envelhecimento haja uma mudança no esquema corporal, pois, fisicamente, o corpo é outro, se movimenta de outra forma, mas é, sobretudo, a fantasia inconsciente que se tem a respeito desse corpo – logo, a imagem do corpo com sua história desde a infância – que influenciará a maneira como o sujeito lidará com o processo de transformação corporal, durante o envelhecimento.

No caso da doença de Alzheimer, é possível pensar que essa imagem do corpo também vai sendo desinvestida, o que leva o sujeito a não mais entender o corpo atual como uma continuidade de seu Eu, de sua história. A definição de Dolto (1984) nos faz refletir sobre o impacto da perda de memória no reconhecimento do sujeito, tanto em relação à história inconsciente ligada ao corpo como em relação à perda de funcionalidade do corpo próprio:

A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, vividas repetitivamente por meio de sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais. Ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e isto, antes mesmo que o indivíduo seja capaz de se designar pelo pronome pessoal Eu, antes que saiba dizer Eu. (DOLTO, 1984, p. 22).

Para Charazac (2009), o que faz o pensamento se ligar ao corpo não é apenas a representação psíquica deste com seus contornos, ou seja, da ordem da representação, como também um mecanismo da ordem do afeto e do narcisismo. O narcisismo, no sentido de reconhecimento e investimento em si, não repousa sobre o esquema corporal, mas sobre

a imagem do corpo investida pela libido, ou seja, como fonte e objeto da pulsão. Assim, a imagem de si pode ser mais ou menos investida.

O autor distingue três etapas consecutivas na maneira como a imagem do corpo é afetada, durante a progressão da doença de Alzheimer. A primeira, no início da doença, consiste em um sentimento de transformação de si, que ainda não interfere no investimento no Eu. A segunda etapa é a da percepção dos déficits e perda de funcionalidade que se traduzem por uma perda de autonomia e, assim, uma ferida narcísica, um distanciamento do Eu com o Ideal de Eu. Nesse momento, tanto o esquema corporal é atingido, porque o corpo não funciona mais da mesma maneira como sempre funcionou, quanto a imagem do corpo igualmente que é vista como deformada ou amputada. Numa terceira etapa, o sujeito perderia o sentimento de ser ele mesmo. Não é apenas a representação do corpo que se perde, todavia, a própria capacidade de investir nessa imagem, ou seja, de investir em um Eu separado do mundo e dos objetos. É possível imaginar que, nessa fase, o paciente tenha a vivência de uma sucessão de estados de desintegração e de integração de duração variável.

Para Goldfarb (2004), na fase avançada de demência, o idoso não dá mais um sentido para as ações que faz ou são feitas com seu corpo:

O corpo de um idoso demenciado (considerando fases avançadas da doença), apesar de poder conservar uma boa saúde clínica, não parece estar atravessado por nenhum registro do simbólico: baba, defeca, urina, mexe com as fezes, se despe, se masturba, tudo sem o menor constrangimento, sem a alegria que os bebês demonstram em atividades semelhantes, sem nojo. Só ante a atitude repressora dos outros pode manifestar um certo pudor ou uma *culpa* por ter feito *algo de errado*, mas que não implica um aprendizado. Percebemos apenas o incômodo da sujeira e o prazer da higiene. É um corpo recorte das zonas erógenas, pura fragmentação. Incapazes dos menores cuidados com a própria higiene e com a perda total do controle esfinteriano, os idosos demenciados acabam falecendo, frequentemente, por causa de uma infecção intercorrente. (GOLDFARB, 2004, p. 49).

No Capítulo 3, comentaremos mais a fundo o trabalho de Goldfarb (2004), principal inspiração para a redação desta tese, porém, desde o Capítulo 1, seguimos as hipóteses avançadas por ela de que, diferente de um processo de envelhecimento normal, no quadro de algumas demências, estamos diante de um sofrimento psíquico intenso, ligado não apenas aos sintomas orgânicos das patologias, mas igualmente a um conflito entre as três instâncias psíquicas: Id, Eu e Supra Eu.

Ao se confrontar com sua nova imagem, o Eu pode perder valor frente ao Supra Eu e, dessa maneira, deixar de investir libido em si, criando uma situação na qual o Eu, empobrecido, não possui mais energia para efetuar suas funções. O Id continua pressionando o

Eu para encontrar uma forma de satisfazer as pulsões; com o enfraquecimento do Eu, as formas mediadas e inibitórias de expressão das pulsões, como a sublimação, por exemplo, ou o recalque não “domam” mais a força interna. Frente à falência do Eu e do Supra Eu, assistimos ao retorno a um funcionamento psíquico pautado no princípio de prazer e não mais no princípio de realidade. Um movimento regressivo intenso, em busca de conter a pulsão de morte, em seu movimento de desligamento, nos coloca diante de fenômenos como a alucinação, comportamentos sexualizados ou agressivos, linguagem desconexa e ininteligível, movimentos corporais repetitivos.

Para Goldfarb (2004) e outros autores estudados no Capítulo 3, o surgimento desse aparente esfacelamento psíquico poderia ser entendido como um mecanismo de defesa, o qual visaria a proteger o aparelho psíquico de um sofrimento ainda maior:

Como condenados à morte, aqueles que não suportam a ideia de ter de perder a vida podem preferir perder a cabeça. Assim como alguns idosos, aterrados pela imagem da velhice que o espelho lhes devolve, podem evitar o reconhecimento, outros podem destruir a própria razão em um bem sucedido esforço de escapar de uma lucidez insuportável. (GOLDFARB, 2004, p. 143).

Destinos da pulsão

O conceito de pulsão (*Trieb*), que aparece pela primeira vez em 1905, é um termo da língua corrente alemã que Freud transforma num conceito teórico. A princípio, o termo se refere à ideia de movimento, de força, de energia. No texto de 1905, Freud situa o termo no campo da biologia, sendo que antes era mais usado no campo da filosofia, para se referir ao movimento da alma: “O fato da existência de necessidades sexuais no homem e no animal expressa-se na biologia pelo pressuposto de uma ‘pulsão sexual’.” (FREUD, 1905b, p. 84).

A pulsão se torna, por conseguinte, um conceito central da teoria freudiana. Podemos situar duas grandes épocas da teoria das pulsões. A primeira vai de 1905 até 1915, culminando no texto “Pulsões e destinos da pulsão”. Nessa parte, a pulsão é predominantemente guiada pelo princípio de prazer. A segunda parte é inaugurada em 1920, com a introdução dos conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte. Em 1905, Freud parece ter por objetivo questionar as teorias da época, as quais viam a sexualidade humana como governada por um instinto. Ao contrário dos animais, cujo comportamento é determinado por um instinto ligado à espécie, a sexualidade humana é mais ampla e, como mostra por meio do estudo das “aberrações sexuais”, pode se manifestar de diferentes

formas, trocando de objeto e de objetivo (a maneira de satisfazer a pulsão) de acordo com as experiências de cada um. Apesar de se manter no campo da biologia, Freud apresenta uma visão da sexualidade humana menos determinada biologicamente e mais apta a ser influenciada pela história, ou seja: “A ideia de pulsão permite a Freud reformular dentro de uma perspectiva dinâmica a relação entre predisposição e desenvolvimento individual.” (SCARFONE, 2004, p. 31).

As pulsões sexuais são concebidas como uma predisposição universal para uma sexualidade múltipla, de sorte que a forma de sua expressão, desde a infância, é plástica, como indica a ideia de perverso polimorfo. Freud (1915c) distingue estímulo (*Reiz*) de pulsão. O estímulo age como um único impacto que pode ser neutralizado por uma ação apropriada. Já a pulsão se mostra como uma força constante e é definida como pulsão. O estímulo age como um único impacto que pode ser neutralizado por uma ação apropriada. Já a pulsão se mostra como uma força constante e é definida como

[...] um conceito limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo. (FREUD, 1915c, p. 148).

O aparelho psíquico aqui é guiado pelo princípio do prazer, ou seja, busca diminuir a tensão causada pelos estímulos internos e externos. Nesse momento, as pulsões se dividem em pulsões de autoconservação e pulsões sexuais. Como o bebê nasce em um estado de desamparo, necessita do outro para prover suas necessidades. As pulsões sexuais, por sua vez, vão procurar apoio nas pulsões de autoconservação, ou seja, as primeiras zonas erógenas estarão ligadas às zonas de satisfação de necessidades vitais.

Laplanche (1970) enfatiza que a pulsão é entendida como uma pressão constante da qual o organismo não é capaz de esquivar-se. Essa força busca uma meta, a satisfação, a qual poderia ser encontrada por diversos caminhos. Na primeira tópica, a fonte da pulsão estaria localizada em um órgão do corpo; esses estímulos químicos impulsionariam a pulsão a fazer o caminho do somático ao psíquico. Para Freud (1915c), a pulsão tem quatro dimensões: a força (*Drang*), o objetivo (*Ziel*), o objeto (*Objekt*) e a fonte (*Quelle*). A pressão ou força é a exigência de trabalho que a pulsão traz. O objetivo final da pulsão é a satisfação, isto é, a diminuição da tensão causada pela pressão.

No quadro da doença de Alzheimer, como veremos no Capítulo 3, podemos supor que, diante da frustração com os objetos da realidade externa, a pulsão passa a buscar objetos internos para investir, causando uma estranheza na comunicação, ou seja, representações inesperadas são ligadas aos afetos; associações estranhas, confabulações e

delírios fazem parte do cotidiano na fase intermediária da doença. Na fase avançada, podemos imaginar que o corpo, por meio de vocalizações, gritos e dores, passa a ser o objeto da pulsão. Dessa forma, na doença de Alzheimer, a força, o objetivo e a fonte da pulsão não mudariam, fazendo com que a pulsão continue sua busca por objetos para encontrar satisfação; todavia, com a perda de certos objetos para investir, como objetos externos ou representações, a pulsão passa a investir o corpo e a se satisfazer por um caminho mais curto, o qual não passa pela simbolização. Na metapsicologia, a pulsão sexual se apoia numa necessidade vital, a fome, e, no começo, não tem objeto, mas é autoerótica. Seu objetivo é determinado pela atividade de uma zona erógena, a boca, por exemplo, que é ao mesmo tempo órgão sexual e órgão de função alimentar. É apenas num segundo momento que o sugar se separa da função de alimentação, para ter objetivo apenas autoerótico.

Podemos pensar que, com a doença de Alzheimer, acontece uma regressão. Primeiro, a pulsão deixa de ser atraída pelos objetos externos e pelas representações e passa a investir o corpo, num movimento autoerótico. Em seguida, a pulsão voltaria a se apoiar nas zonas erógenas ligadas às necessidades vitais. Vemos, assim, o adulto voltar pelo caminho que construiu o narcisismo. Voltar a um momento de autoerotismo, no qual a atividade sexual é concentrada em si e não no outro. O objeto da pulsão sexual, que pode convocá-la e satisfazê-la, não se encontra mais alcançável nem na realidade e nem na fantasia. Como o Eu não funciona mais como uma instância coesa, também não pode servir como objeto de investimento ou reservatório da libido, sobrando, assim, apenas o corpo, movimentos e sons, a serem investidos pela pulsão.

Na primeira tópica, além de investir um objeto e encontrar satisfação dessa forma direta, a pulsão teria mais quatro destinos. Pode ser transformada em seu contrário, quer dizer, a meta ativa da pulsão pode se transformar em passividade, olhar se transforma em ser olhado e, pela inversão de conteúdo, o amor virar ódio. O segundo destino se refere ao redirecionamento da pulsão para a própria pessoa, ou seja, o objeto da pulsão se torna o corpo do próprio sujeito. O terceiro destino consiste no mecanismo de defesa do recalque, enquanto o quarto, no mecanismo da sublimação. Ambos serão estudados no Capítulo 3. Vale adiantar que a pulsão não pode ser propriamente recalcada: o que pode ser recalcado é a representação que se encontrava ligada a um afeto, o qual permitia a expressão da pulsão. Com o recalque da representação, o afeto se desloca para outra representação, que pode permitir uma satisfação parcial da pulsão. Já na sublimação a pulsão sexual é inibida em sua meta e encontra uma satisfação parcial em outra atividade, não sexual.

Em 1920, o trabalho de Freud toma uma nova direção, diante da experiência clínica com os pacientes traumatizados pela Primeira Guerra Mundial. O retorno à cena traumática nos sonhos desses pacientes contradiz a teoria do princípio do prazer. Rapidamente, Freud percebe que essa compulsão à repetição se encontra igualmente presente nas brincadeiras infantis e na transferência em análise, partindo [...] em busca da ação de tendências que estariam além do princípio de prazer, isto é tendências que seriam mais arcaicas e que atuariam de forma independente do princípio de prazer. (FREUD, 1920/2006, p. 143).

Para prosseguir sua investigação, apresenta a imagem do aparelho psíquico como uma vesícula viva que teria um filtro ou envelope protetor, o qual poderia se romper frente a uma quantidade de estímulos demasiadamente intensa. O trabalho do aparelho psíquico é de neutralizar ou ligar essas excitações que vêm de fora ou de dentro e ameaçam o aparelho e seu funcionamento:

[...] o escudo faz com que as energias do mundo exterior só possam transmitir às próximas camadas situadas logo abaixo - e que continuam vivas - uma pequena parcela de sua intensidade. Assim, essas camadas protegidas pelo escudo podem agora se dedicar à recepção das quantidades de estímulo que o escudo deixou passar. Mas foi a camada externa que, com sua morte, salvou todas as camadas mais profundas do mesmo destino. (FREUD, 1920/2006, p. 151).

Essa camada sensível capaz de receber os estímulos externos e que se encontra protegida pelo escudo também pode receber os estímulos internos, sem que haja um escudo para os mesmos. Numa situação de trauma, há uma grave perturbação na economia energética e uma inundação do aparelho psíquico, de modo que “[...] só resta ao organismo tentar lidar com este excesso de estímulos capturando-o e enlaçando-o psiquicamente para poder então processá-lo.” (FREUD, 1920, p. 154). Nesse contexto, a compulsão à repetição funcionaria no sentido de dar conta dessas excitações e, então, estaríamos diante de um mecanismo que procuraria conter a energia, trazer a energia em estado livre para um estado de repouso. Essa função seria anterior ao propósito de obter prazer e evitar desprazer ligada ao princípio de prazer. Nesse ponto, Freud faz uma segunda definição do conceito de pulsão, destoante da feita em 1915:

Uma pulsão seria, portanto, uma força impelente interna ao organismo vivo que visa a restabelecer um estado anterior que o ser vivo precisou abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas (FREUD, 1920/2006, p. 160).

Estamos, desse modo, em face da característica conservadora da pulsão. O organismo estaria predisposto a retornar a um estado inorgânico, como se o objetivo da vida fosse a morte. Estamos ante uma redefinição da organização e funcionamento das pulsões. A pulsão de morte, conservadora, vai se opor à pulsão de vida, a qual representa a união entre as duas pulsões, que, na primeira tópica, se encontravam separadas: as pulsões de autoconservação

e as pulsões sexuais. A pulsão de morte não tem energia própria, é silenciosa e só pode ser identificada quando fusionada à pulsão de vida. O investimento em movimentos musculares é uma maneira de desviar a pulsão de morte (na base autodestrutiva) para o exterior, em forma de agressividade.

Em contrapartida, a pulsão de vida teria a função de ligação:

[...] tínhamos também formulado [...] a hipótese de haver uma pulsão de morte, que teria como missão conduzir a vida orgânica de volta ao estado inanimado. Contrapondo-se à pulsão de morte, a pulsão de vida, Eros, teria como meta amalgamar cada vez mais partículas fragmentadas da substância viva, e dando à vida uma forma mais complexa e, assim, preservando-a. Desse modo, podemos dizer que as pulsões se conduzem, no sentido mais estrito do termo, de forma conservadora, pois ambas visam ao restabelecimento de um estado que foi perturbado pelo surgimento da vida. Assim, tanto o empenho em prosseguir lutando pela vida, como a nostalgia pela morte, devem-se ao próprio brotar da vida. Diremos, então, que a vida consiste ao mesmo tempo em uma luta e um acordo de compromisso entre essas duas pulsões opostas. (FREUD, 1923b/2007, p. 49).

Por vezes, as duas pulsões estão fusionadas e podem se satisfazer simultaneamente, na mesma meta, como é o caso dos componentes sádicos incorporado à pulsão sexual, por exemplo. Uma defusão das pulsões também é possível, causando quadros psicopatológicos distintos.

Para Goldfarb (2004), de se viver o envelhecimento de forma serena viria a possibilidade de manter o equilíbrio entre a pulsão de vida e a de morte. A autora cita o texto “Análise terminável e interminável”, de 1937, escrito quando Freud estava no final de sua vida, para mostrar que certos fenômenos psíquicos podem expressar mais a pulsão de morte do que outros, como no caso da agressão. Dentro dessa lógica, o quadro demencial poderia ser entendido como uma situação de defusão das pulsões e do triunfo da pulsão de morte. A autora dá o exemplo da aposentadoria, a qual pode ser vivida como uma violência, pelo sujeito,

[...] impulsionando-o ao desinvestimento e provocando uma espécie de desapropriação subjetiva dos papéis sociais e uma ruptura da aliança narcisista com o mundo dos objetos. No idoso, o desinvestimento se alia a uma forte perda da auto-estima e a libido liberada, agora flutuante, deixa o campo livre à pulsão de morte a qual instala o desejo da morte que pode até se concretizar no suicídio. (GOLDFARB, 2004, p. 151).

Diante desse fenômeno, os vínculos são de suma importância para que o idoso possa manter seu Eu investido, evitando o desmoronamento de seus objetos internos e um quadro de depressão ou demencial, como indicado na bonita frase “Conservar os belos motivos para que a vida valha a pena é questão de sobrevivência para o eu, pois, se o demenciado perde a razão, é a razão de viver que perde.” (GOLDFARB, 2004, p. 153).

A pulsão de morte, se houver defusão, pode ameaçar a relação com os objetos externos e internos e, inclusive, a própria possibilidade de se manter uma atividade psíquica, função de ligação, conforme veremos em detalhes, no Capítulo 3. A pulsão de morte ameaça o desejar, o desinvestimento do próprio investimento, e essa ausência de vontade é um perigo presente no envelhecimento.

Seguindo o percurso dos textos freudianos, fica claro que, na segunda tópica, a pulsão passa a ser concebida como um representante psíquico, situando-se no interior do aparelho psíquico, mais especificamente, no Id, que seria o reservatório das pulsões (FREUD, 1915c, 1920/2006, 1923b/2007). Esse representante da pulsão (*Triebsrepräsentant*) diz respeito à expressão psíquica da pulsão e contém não apenas uma representação, mas também um afeto. Em *O inconsciente* (1915b/2006), Freud supõe que o inconsciente seja constituído por um recalque originário, quando o representante da pulsão é fixado no inconsciente e sua passagem para a consciência não é permitida. São esses pontos de fixação que servirão de pontos de atração para os próximos conteúdos que virão a ser recalcados. Além dessas forças inerentes e conflituosas que provêm do interior do organismo, de aspecto extremamente biológico, a pulsão e sua meta também sofrem alteração por conta do exterior, dos objetos, ou seja, da cultura. As pulsões se ligam a representações e afetos organizados como linguagem, e essa história de significações interfere no percurso da pulsão, tanto quanto seu aspecto biológico. A pulsão traz a ideia de movimento e será o motor dos vastos processos psicodinâmicos do aparelho psíquico. Algo que, a princípio, poderia parecer simples como uma seta, uma tensão em busca de um objeto, um movimento físico ou biológico certo, torna-se bastante complexo, pois o simbólico coloca em jogo forças opostas e contraditórias às metas pulsionais (HANNIS, 2004).

Green (2005) retoma essa definição do conceito de pulsão, procurando frisar o aspecto polissêmico e contingente do objeto, já observado por Freud (1915c), numa tentativa de pensar a constituição do aparelho psíquico, quer de um ponto de vista biológico e pulsional, quer do ponto de vista das relações objetais. Na leitura de Green (2005), o objeto é visto como um componente da pulsão e, apesar de sua característica de ser contingente, ganha um papel importante como revelador da pulsão. A pulsão, em sua fonte, está enraizada ao corpo, porém, quanto mais se aproxima da meta de satisfação, mais se torna psiquicamente ativa. Estando o objeto externo ao alcance, o psiquismo redobra a atividade para alcançá-lo. Assim, encontramos dois movimentos simultâneos: as excitações, impulsionando o psiquismo a encontrar um objeto, e um objeto que excita e

motiva esse esforço: o objeto faz, assim, um convite às pulsões. Esse movimento da pulsão em busca da meta de satisfação constituiria o aparelho psíquico. Tal definição da pulsão mantém uma tensão ideal entre um aspecto intrapsíquico da constituição do aparelho, no qual as excitações provenientes do interior do corpo estimulam a constituição do psiquismo, e um aspecto intersubjetivo, por meio da presença de um cuidador e de seus próprios aspectos pulsionais (GREEN, 2005).

Esses movimentos de forças criam vias de sentido e de troca, dentro de uma certa intencionalidade, uma causalidade psíquica. Força e movimento vão constituindo e impulsionando o funcionamento do aparelho psíquico. Na primeira tópica, Freud pensou o princípio de prazer como o sentido desse movimento, desse jogo de forças. Cada vez que uma tensão desprazerosa se acumula, desencadeia processos e ações no aparelho psíquico que visam a diminuir essa tensão. O trabalho do aparelho psíquico guiado pelo princípio de prazer objetiva, desse modo, manter a quantidade de energia baixa (princípio de constância). O desprazer seria a tradução psíquica do aumento de energia não ligada, enquanto o prazer seria a tradução psíquica do escoamento dessa energia, através de uma ação ou ligação. Apesar de o psiquismo procurar o prazer, no sentido de diminuição das tensões, nossa experiência do dia a dia não é de prazer. Isso acontece porque, na psique, há uma tendência ao prazer, mas outras forças se colocam no caminho dessa tendência. Em 1920, Freud defronta-se com situações que colocam em xeque essa explicação e que apontam para uma compulsão à repetição. Dessa forma, descobre-se um sentido para a força que estaria aquém do princípio de prazer, forma inaugural de sentido que consistiria em uma busca de ligação. A energia pulsional móvel engendraria grande desconforto e ameaça ao funcionamento psíquico e, assim, o trabalho de ligação (*Binden*) dessa energia móvel seria primordial (FREUD, 1915c, 1920/2006; GREEN, 2005).

Nesse sentido, a compulsão à repetição revela uma função psíquica do aparelho até então desconhecida:

[...] uma das mais antigas e importantes funções do aparelho psíquico é a de “capturar e atar” as moções pulsionais que chegam a ele, de modo a poder substituir o processo primário que prevalece nessas moções pelo processo secundário e transformar a energia livre e móvel das cargas de investimento em energia que esteja predominantemente em estado de repouso. (FREUD, 1920/2006, p. 180).

Esse material não ligado procura expressão, todavia, como não foi simbolizado, não consegue se manifestar como conflito psíquico, por meio de sonhos ou sintomas. Esse material não recalcado se expressa através do corpo, sem ter relação com o psíquico. Green (1974/2003) aponta quatro mecanismos de curto circuito psíquico, os quais possibilitam a expressão da pulsão sem sua prévia simbolização: exclusão somática (exclui

conflito psíquico para o somático), expulsão pela ação (*acting-out*: evacuação da realidade psíquica na realidade compartilhada), clivagem (divisão no Eu, que protege uma zona de não contato) e desinvestimento (desinvestimento radical, o qual procura um estado de vazio). Esses quatro mecanismos, que entram em ação quando o mecanismo de defesa do recalque e a simbolização não conseguem mais dar conta da força da pulsão, podem ser articulados com os sintomas apresentados nas fases da doença de Alzheimer. A exclusão somática pode ser identificada, quando o idoso passa a fazer movimentos repetitivos sem sentido aparente além de descarregar a energia, principalmente por meio de sons que são repetidos continuamente. O *acting-out* também pode ser reconhecido no que se costuma chamar de sintomas psicóticos nos quadros de demência, isto é, existe uma grande porosidade entre o Eu e o mundo, e conteúdos internos podem ser rapidamente “confundidos” com a realidade externa, como é o caso da alucinação visual, sintoma presente na fase avançada da doença de Alzheimer. A clivagem e a recusa se tornam o mecanismo de defesa característico da fase intermediária da doença, protegendo o Eu do contato de percepções desagradáveis. Já o desinvestimento e o estado de vazio podem ser claramente associados à fase avançada da doença, na qual representações internas não podem mais ser investidas.

Acreditamos que os avanços de Green sejam esclarecedores, por levar em conta tanto o aspecto econômico (pulsional) para a constituição do sujeito quanto o aspecto relacional (trocas objetais). O pensamento de Green se sustenta em uma tensão constante entre as dimensões intrapsíquica e intersubjetiva da constituição e do funcionamento do aparelho psíquico. Do ponto de vista intrapsíquico, a exigência de trabalho psíquico da pulsão forma as funções do aparelho psíquico; do ponto de vista intersubjetivo, a excitação se exterioriza e atinge o objeto, o qual responde às excitações pulsionais recebidas. A partir da segunda tópica, a pulsão seria uma quantidade de excitação dentro do psiquismo, uma quantidade de exigência de trabalho imposta ao psiquismo, devido à sua ligação com o corporal. Além de dar relevo a esse aspecto biológico ressaltado por Freud, Green acrescenta a tensão da dimensão intersubjetiva para o desenvolvimento do aparelho psíquico. É o desencontro entre a pulsão em busca de satisfação e um objeto disposto a oferecer uma satisfação parcial, a qual impele ao psiquismo lidar com a falta e a ausência, sendo assim motivado a construir representações psíquicas que passarão a ser investidas para satisfação pulsional, tanto quanto os objetos externos. Para Green (2005), Freud conseguiu, com a pulsão, estabelecer um conceito que faz referência aos aspectos econômico, tópico e dinâmico do funcionamento psíquico. O aspecto econômico diz respeito à quantidade de excitação que

exige trabalho psíquico, o aspecto tópico concerne ao somático e ao psíquico, enquanto o dinâmico é responsável pelo trânsito da energia entre as instâncias

Num Eu coeso, a representação aparece como um meio primordial para se fazer o trabalho de enlaçamento da força pulsional. A representação pode se colocar como um substituto ao objeto da pulsão e permite que essa força se fixe e se transforme. No entanto, para se estabelecer, a representação precisa, primeiro, de uma participação do objeto externo. É no desencontro do objeto externo com as exigências internas do corpo que é possível a criação de representações e do psiquismo em si. A força e o sentido da pulsão passam a ser mediados pela representação, a qual serve como delegada das exigências do corpo em busca de satisfação. É essa construção teórica que permite a Green repensar o trabalho do analista, principalmente em face de pacientes que apresentam estados-limite e que demandam, ao analista, que use de seus próprios recursos de ligação e de pensamento, para ajudar o analisando a desenvolver os seus (GREEN, 1974, 2005).

Essas novas pontuações de Green, a respeito dos conceitos de pulsão e relação objetal, inspiradas em sua vasta experiência com pacientes não neuróticos, são essenciais para a compreensão da clínica do envelhecimento. Como será desenvolvido no Capítulo 3, no quadro de Alzheimer, é possível pensar que o psiquismo não está funcionando dentro da lógica do princípio do prazer, contudo, dentro da compulsão à repetição, numa tentativa de fazer um trabalho psíquico de ligação de conteúdos que estão soltos e não encontram mais representações internas ou objetos externos para os enlaçarem. Cada vez

mais percepções e experiências não encontram cadeias associativas nas quais se inserirem, sobrecarregando o aparelho psíquico de intensidades pulsionais.

Um outro aspecto da pulsão é que ela é colocada como uma força, a qual visa a restabelecer no organismo um estado anterior modificado pelas forças perturbadoras externas. Nessa concepção, a pulsão apareceria mais como uma força conservadora do que um fator que impele à mudança. É nesse ponto que Freud introduz pela primeira vez o conceito de pulsão de morte, no sentido de uma força hereditária marcada pela herança da espécie e que impele o organismo a procurar o cessar das excitações, ou seja, a morte. Em oposição à pulsão de morte, ergue-se a pulsão de vida⁵, a qual lutaria pela vontade de viver do organismo em oposição à vontade de morrer biológica. As pulsões de vida também teriam um caráter conservador, pois não avançam para a mudança e o futuro que significaria o morrer, a extinção (FREUD, 1920/2006).

Para Green (2005), não há diferença entre pulsão de vida e de morte, quanto à meta: as duas buscam a descarga, contudo, a tendência da de vida é a ligação, e da de morte, o desligamento. A pulsão de morte em forma de autodestruição se manifestaria não intrínseca à função sexual em situações psicopatológicas extremas, como neuroses graves, estruturas narcisistas e casos-limite: “É preciso notar que, em todas estas configurações clínicas, o mecanismo dominante frequentemente invocado é o luto insuperável e as reações defensivas que ele suscita.” (GREEN, 1986, p. 57).

Aqui novamente é possível pensar nos quadros de demência. Como desenvolveremos nos Capítulos 2 e 3, a hipótese de nossa tese é a de que os lutos não elaborados promovem o trabalho da pulsão de morte, no sentido de impulsionar cada vez mais o desligamento, até o sujeito se desligar completamente de todos os aspectos identitários e até de suas funções psíquicas, as quais propiciam o trabalho de ligação, de pensar. Quanto a esse tema, não podemos deixar de citar o trabalho de Abraham e Torok (1987/1995), desenvolvido pela noção de cripta, no qual retomam o conceito de introjeção de Ferenczi (1921/1974) e o de identificação melancólica de Freud, para tratarem de um tipo de quadro no qual o sujeito introjeta o objeto perdido, para não lidar com sua perda. Realiza-se a instalação do objeto dentro de si, em uma incorporação capaz de atuar no modo de representação, afeto ou estado do corpo. A incorporação do objeto cria uma ligação imaginária com este, atuando como um símbolo, sempre lembrando alguma outra coisa perdida, de modo a tornar-se um monumento, um túmulo no Eu. Essa espécie de luto patológico acontece pelo fato de o Eu ter uma relação

⁵ A pulsão de vida reuniria as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação, as quais se opunham, na primeira tópica. Apesar de estarem reunidas sob o mesmo nome de pulsões de vida, as pulsões sexuais e de autoconservação se mantêm em conflito.

narcísica com o objeto, e sua perda ser insuportável. Esse mecanismo de introjeção do objeto perdido é inconsciente: os autores aludem a um “cadáver saboroso” guardado na cripta, pois há uma esperança de revivê-lo. Estamos diante de um mecanismo de defesa de uma recusa radical, no qual o Eu finge que não perdeu nada. O luto indizível instaura dentro do sujeito um tumulto secreto, que mantém vivo o correlato objetal da perda. É possível pensar que, em face de eventos traumáticos, ao longo da vida, esse tumulto pode ser aberto.

é Em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2004) e *Luto e Melancolia* (1917a/2006), Freud demonstra que o tipo de relação estabelecida com o objeto (narcísica ou anaclítica) é um componente importante para a forma como se dará o trabalho de luto. Essa relação com o objeto também é o meio pelo qual a pulsão vai poder atingir sua meta, obter satisfação. Como o objeto é o revelador da pulsão, é possível construir uma hipótese na qual a meta da pulsão de vida seria a de uma função objetalizante e a de morte, uma função desobjetalizante. Por um lado, a função objetalizante não tem apenas o papel de criar e manter vínculos com os objetos, mas igualmente, por investimentos significativos, é capaz de transformar em objetos estruturas, modalidades de atividades psíquicas e funções do psiquismo, para que recebam investimento da pulsão de vida; até a própria função de investimento pode ser investida pela pulsão de vida como um objeto. Por outro lado, a função desobjetalizante promove o desligamento, isto é, todos os investimentos em objetos e estruturas promovidos pela pulsão de vida podem ser desfeitos.

A manifestação principal da pulsão de morte, enquanto destrutividade, é o desinvestimento, sobretudo por meio do ataque aos vínculos. É possível pensar que a função desobjetalizante promoveria quadros psicopatológicos, onde novos investimentos seriam inibidos e onde as funções de ligação do próprio aparelho psíquico deixariam de funcionar. Como veremos no Capítulo 2, o processo de luto permite investir novos objetos. Esses novos investimentos seriam implementados pela função objetalizante. Dificuldades em fazer o trabalho de luto poderiam levar a uma paralisação ou vazio dos processos psíquicos de ligação, manifestando-se em psicopatologias. Tal impedimento em fazer o luto pode ter uma relação com o papel exercido pelo objeto primário, o qual deve ser capaz de se afastar para propiciar à criança lidar com a separação e a ausência, de sorte a proporcionar o desenvolvimento intrapsíquico de processos relacionados à função objetalizante e à capacidade de simbolização (GREEN, 1986).

Na clínica, esse fenômeno pode ser observado no contato com pacientes que se encontram no limite da analisabilidade, no sentido em que não exibem uma estrutura e uma organização em torno de uma neurose infantil. Tais pacientes podem apresentar um vazio do pensamento, uma paralisia, e necessitam que o analista, diferentemente da técnica

clássica, na qual se mantém em silêncio, pense o que o analisando não consegue pensar, evitando se deixar contaminar por essa “morte psíquica”. O analista procura ficar a uma distância ótima, onde não se encontra muito perto, invadindo o espaço do analisando com interpretações precoces e repetindo a intrusão do objeto mau, nem muito longe, deixando um vazio que seria relacionado à inacessibilidade do objeto bom (GREEN, 1974/2003).

Para melhor entendermos esse processo, o comentário de Laplanche (1970) sobre o texto “O projeto” (1895) pode ser esclarecedor. Quando o bebê nasce, não há caminhos formados para o escoamento da pulsão, o que faz o bebê entrar num estado de desamparo e procurar a presença do objeto externo, a fim de dar conta da pressão interna (fome). Depois de algumas experiências de alívio, num esquema primitivo, alguns elementos representativos formam uma cena curta, rudimentar, feita de objetos parciais. Essa cena é investida e revivida como real, quando o objeto externo se encontra ausente, fornecendo prazer e alívio, criando o caminho da satisfação alucinatória do desejo. Essa revivência da satisfação produz o mesmo prazer que a percepção do objeto externo, ou seja, funciona como uma alucinação provisória do objeto ausente. Assim, de certa forma, a alucinação vira realidade, pois o sistema consciência a entende como uma realidade. Com o tempo, o Eu desenvolve uma função inibitória para essa realidade que vem de dentro e rivaliza com a que vem de fora. Nossa reflexão nos encaminha a pensar que, na demência, o Eu não é mais capaz de exercer a função inibitória, fazendo com que a realidade externa e interna alternem na consciência, provocando alucinações. A psique estaria sob o domínio dos processos primários, procurando um escoamento direto da energia. O Eu não seria mais capaz de frear ou controlar a energia que vem do Id e investir em processos secundários, os quais demandam uma espera para a satisfação pulsional. Nesse quadro, o estado de desamparo retorna, porque não há mais o estofo da fantasia – o investimento da pulsão em representações – para conter a angústia, frente à ausência do objeto externo.

Como apontado no subcapítulo sobre o corpo, no envelhecimento, o processo de desligamento, ligado ao trabalho da pulsão de morte e ao luto, se faz bastante presente. Por outro lado, é possível pensar que essa energia demoraria para encontrar representações, objetos internos e externos onde se fixar, para voltar a obter prazer. Dessa maneira, essa energia solta poderia ser um indício para a compreensão de sintomas psicopatológicos no envelhecimento.

Narcisismo de vida e de morte

Em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2004), o conceito de narcisismo faz referência ao mito de Narciso, o qual ilustra o amor pela imagem de si mesmo. Aparece pela primeira vez nos escritos de Freud, em 1910, quando explica a escolha de objeto homossexual. Em 1911 – com “O caso Schreber” –, o narcisismo é proposto como uma fase da evolução sexual entre o autoerotismo e o amor de objeto. Em 1914, esse conceito ganhará destaque e haverá uma distinção entre a libido investida no Eu e a libido investida no objeto; o Eu torna-se um reservatório da libido.

O narcisismo passa de uma fase da evolução sexual para uma estrutura, no sentido de esse reservatório de libido no Eu estar sempre presente. Abraham (1920/1966) salienta que, em 1908, Freud alude ao retorno da libido para o Eu como sintoma de demência precoce e, em 1914, usa o mesmo raciocínio para explicar a neurose narcísica (psicose). Porém, o narcisismo só pode surgir num segundo momento, quando já existe um Eu como objeto, capaz de ser investido pela libido. Antes disso, existem pulsões sexuais que se satisfazem de maneira anárquica (autoerotismo). Esse momento, quando o Eu pode ser identificado como um objeto e receber investimento libidinal, estaria relacionado com a constituição da imagem corporal e o investimento das pulsões numa imagem.⁶

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914/2004) amplia esse conceito como parte do desenvolvimento sexual normal humano, retirando-o do campo das perversões, em voga na psiquiatria da época. Freud usa o termo *Narzißmus*, operando um neologismo na língua alemã, por achar que assim o termo soaria melhor do que *Narzissimus*.⁷ Esse conceito refere-se de início ao fenômeno neurótico, no qual o doente voltaria a libido investida nos objetos para os objetos de sua fantasia, enquanto os esquizofrênicos dirigiriam essa libido retirada do mundo externo para o seu Eu, causando os delírios de grandeza (GUIMARÃES, 2012).

Esse narcisismo que reclama novamente para si os investimentos nos objetos pode ser chamado de secundário. Freud utiliza o argumento da onipotência dos pensamentos encontrada em crianças e nos povos primitivos, para comprovar que o Eu é primeiro investido de libido pelo outro primordial e, em um segundo momento, essa libido repassada aos objetos, apesar de uma grande quantidade de libido permanecer sempre retida no Eu. Em *Totem e Tabu*, texto de 1913, Freud descreve melhor esse processo, evidenciando que, no animismo, são projetados conteúdos psíquicos a serem encenados na realidade externa. O homem

⁶ Fase do espelho de Lacan, o Eu se identifica com uma imagem oferecida por outro. Nessa perspectiva, a constituição do Eu já seria um ato intersubjetivo, uma introjeção de uma relação com o outro.

⁷ Octave Mannoni (1994) cria a hipótese de que haveria uma relação entre a retirada do *is* da palavra *narcisismo* e o seu nome *Sigismund*, do qual também retirou o *is* (GUIMARÃES, 2012).

primitivo atribui uma intenção de pensamento aos eventos do mundo. O conceito de narcisismo, ligado ao de animismo, vem revelar que esse tipo de subjetivação do outro é especular, isto é, não pressupõe o outro como alteridade, mas como um outro Eu. Dessa maneira, nesse texto de 1913, Freud já faz menção ao narcisismo como uma etapa do desenvolvimento relativa ao estágio que vem depois do autoerotismo – no qual as pulsões se encontram separadas – e o narcisismo, no qual as pulsões sexuais compõem uma unidade e escolheram o Eu como objeto para satisfazer sua meta. Todos os indivíduos permaneceriam, de certo modo, narcisistas, na medida em que a libido investida nos objetos externos partiria dessa libido do Eu e poderia voltar a ela (GUIMARÃES, 2012).

Assim, a energia psíquica criada pela pulsão sexual teria dois destinos: a libido objetal e a libido do Eu. Como provêm da mesma fonte, mantêm um equilíbrio: se uma diminui, a outra aumenta. A libido, primeiramente, seria toda investida no Eu (narcisismo primário), para apenas num segundo momento parte dela ser desviada e investida em objetos externos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Freud mostra que a libido que alimenta o Eu e a libido que é investida nos objetos teriam a mesma fonte, a pulsão sexual. Existe uma questão econômica atrelada a esse processo, ou seja, o aparelho psíquico precisa fazer o escoamento dessas excitações, da dor, sobre objetos reais e imaginários. O autor menciona que, se a libido for direcionada a objetos irreais (introversão), causaria um represamento libidinal, o qual teria por consequência a ampliação do mundo da fantasia, quer dizer, no limite, o delírio.

De acordo com Freud (1914/2004), o narcisismo primário consiste em um momento de indiferenciação, pois abarca tanto as pulsões da mãe quanto do bebê, que ainda não se constitui como um sujeito separado da mãe. Assim, o momento do narcisismo primário seria um momento de construção do objeto interno e de constituição do Eu.

O narcisismo primário pode ser igualmente identificado na atitude dos pais com os filhos, quando atribuem a estes todas as perfeições e tentam poupá-los das dores da vida, fazendo-os se sentirem o centro do mundo:

His majesty the baby, tal como nós mesmos nos imaginamos um dia, a criança deve satisfazer os sonhos e os desejos nunca realizados pelos pais, tonar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, ou desposar um príncipe, a título de indenização tardia da mãe. O ponto mais vulnerável do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente encurralada pela realidade, ganha, assim, um refúgio seguro abrigando-se na criança. O comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que, ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza. (FREUD, 1914/2004, p. 110).

O autoerotismo seria um momento de fechamento do narcisismo primário, no qual o corpo é tomado como objeto de investimento. Já no narcisismo secundário, a libido dirigida ao Eu se separa entre libido narcísica e objetal.

Olhando para a questão do envelhecimento, de um ponto de vista econômico, é possível pensar que a libido retirada dos objetos perdidos, quando não encontra novos objetos de investimento, poderia fixar-se no Eu, causando um desequilíbrio. Concentrada no Eu, essa energia poderia provocar sintomas como angústia e doenças psicossomáticas. As mudanças na imagem do corpo, a qual, de certa forma, sempre serviu de suporte para o investimento narcísico, podem fazer o sujeito não se reconhecer no novo corpo e, por isso, abre-se mais a distância entre o Eu e o ideal de Eu, causando sofrimento. Diante desse déficit narcísico, o Supra Eu pode sentir-se culpado e atacar os objetos bons do Eu. Assim, o sujeito entraria numa espiral, onde não consegue investir seu Eu e também não consegue investimento da parte dos outros no seu Eu. Sem o amor de si e do outro, as trocas libidinais parecem paralisadas e, nesse quadro, é possível que o Eu se feche e guarde toda a libido no reservatório, voltando a funcionar em uma espécie de narcisismo primário (sem contato com a realidade) e fazendo apenas investimentos intrapsíquicos, de sorte a lembrar o funcionamento de uma neurose narcísica (FERREY; LE GOUËS, 2008).

Como será desenvolvido no final do Capítulo 3, essa energia poderia também ser transformada pelo trabalho de sublimação, ou seja, religada a representações internas, por meio de atividades produtivas.

Green (1974/2003) acredita que o narcisismo primário se relaciona a um investimento originário do Eu não unificado e sem nenhuma referência à unificação. Os pacientes não neuróticos fariam uma fuga para o vazio, porque não têm mais esperança de satisfação (objeto não responde). Esse vazio pode estar associado ao vazio depois da satisfação, como uma forma de mimetizá-lo, de fingir que já houve uma satisfação ou que não depende do objeto para se satisfazer. Nessa perspectiva, o autor afirma que haveria dois efeitos do narcisismo primário: um positivo, relacionado à regressão após a satisfação, e outro negativo, associado a um vazio e um repouso mortífero. Esse tipo de narcisismo negativo, de desinvestimento radical, afeta a noção de tempo, já que o sujeito chega a suspender as experiências (para além do recalque) e criar um tempo morto, quando nenhuma simbolização acontece.

Podemos pensar que esse conceito de narcisismo negativo, em Green (1983/2007), diz respeito à relação entre o narcisismo e a pulsão de morte. Se levarmos em conta o conceito de

narcisismo como parte do desenvolvimento do sujeito, quer dizer, o narcisismo positivo, o objeto é neutralizado e o Eu investe em si mesmo. Ao mesmo tempo em que investe em si, o Eu também cria um objeto idealizado, com o qual tenta reproduzir a fusão com o objeto primário. Quando esse descentramento é muito difícil, pode prevalecer o narcisismo negativo, no qual a procura passa a ser, não mais de uma unidade, mas do nada, da baixa das pulsões a zero, levando a uma espécie de morte psíquica. Nesse cenário, é possível imaginar um desejo de não desejo. A ausência de todo desejo é o equivalente da morte: estaríamos falando de uma morte em vida. O narcisismo negativo ou narcisismo primário absoluto mata o objeto e as possibilidades de relação com ele; a realização alucinatória negativa do desejo se torna o modelo que governa a atividade psíquica. Conforme Green (1983/2007), este é o verdadeiro sentido de, além do princípio de prazer, o retorno ao inanimado e à morte psíquica. O narcisismo positivo une, promove a ligação, enquanto o narcisismo negativo provoca o desligamento.

No que concerne ao processo de envelhecimento, é possível perceber que o sentimento de Eu corporal cria uma identidade, uma imagem de si, todavia, que só toma forma realmente por meio do olhar do outro. A integridade narcísica é uma preocupação constante e, diante de alguma ameaça que faz eco à castração, a libido objetual é impelida a se retirar dos objetos que investiu e, novamente, investir o Eu para fortalecer a integridade narcísica. Esse processo de retorno implicaria uma dessexualização da libido. Esse retorno da energia ao Eu poderia ser concebido como uma defesa frente a uma ameaça de desorganização psíquica:

Finalmente, a retração do Eu é a defesa final. Estando ameaçado, ao Eu, só lhe resta o estreitamento pontual, o qual se acompanha pela morte psíquica, e talvez até mesmo da morte física. Mostrou-se que a retirada completa representa o colapso do Eu após a falência de mecanismos de defesa comuns ou excepcionais que tentaram dar conta de ansiedades psicóticas: ansiedade traumática, produto da energia não-ligada, a ligação permitindo a solução da angústia sinal de alarme. O ponto torna-se a solução final. O ponto zero. (GREEN, 1983/2007, p. 65).

Neste capítulo, pretendemos ressaltar como as mudanças impostas ao Eu, durante o processo de envelhecimento, podem ter um forte impacto psíquico, que, como ondas, abalam as estruturas mais profundas e primitivas do aparelho psíquico e de seu modo de funcionamento. Dependendo do amparo interno e externo que encontrar para lidar com esses impactos, o sujeito se sentirá mais ou menos ameaçado de destruição e de desorganização psíquica. De qualquer forma, tais transformações demandam trabalho psíquico, e toda a história do sujeito é chamada à tona, para enfrentar um possível desequilíbrio e a angústia da ameaça de castração, tema do próximo capítulo.

Capítulo 2 Caminhos do luto

Perdemos alguém, e temos que superar o primeiro inverno a sós, e a primeira primavera e depois o primeiro verão, e o primeiro outono. E dentro disso, é preciso que superemos os nossos aniversários, tudo quanto dá direito a parabéns a você, as datas da relação, o natal, a mudança dos anos, até a época dos morangos, o magusto, as chuvas de molha-tolos, o primeiro passo de um neto, o regresso de um satélite à terra, a queda de mais um avião, as notícias sobre o Brasil, enfim, tudo. E também é preciso superar a primeira saída de carro a sós. O primeiro telefonema que não pode ser feito para aquela pessoa. A primeira viagem que fazemos sem a sua companhia. Os lençóis que mudamos pela primeira vez. As janelas que abrimos. A sopa que preparamos para comer sem mais ninguém. O telejornal que já não comentamos. Um livro que se lê em absoluto silêncio. O tempo guarda cápsulas indestrutíveis porque, por mais dias que sucedam, sempre chegamos a um ponto que voltamos atrás, a um início qualquer, para fazer pela primeira vez alguma coisa que nos vai dilacerar impiedosamente porque nessa cápsula se injeta também a nitidez do quanto amávamos quem perdemos, a nitidez de seu rosto, que por vezes se perde mas ressurgue sempre nessas alturas, até o timbre da sua voz, chamando o nosso nome ou, mais cruel ainda, dizendo que nos ama com um riso incrível pelo qual nos havíamos justificado em mil ocasiões no mundo.

Valter Hugo Mães

Perdas e reposicionamento subjetivo: o luto como trabalho psíquico

Pelos desafios envolvidos no processo de envelhecer apresentados no Capítulo 1, fica claro que, para a compreensão do fenômeno do envelhecimento, à luz da psicanálise, a ideia do luto como um trabalho psíquico aparece como um conceito-chave. Assim, pretendemos aprofundar a discussão a respeito do luto, articulando-a com a do envelhecimento e, mais especificamente, com os sintomas da doença de Alzheimer. Começamos com uma definição do *Vocabulário de Psicanálise*: “A noção de trabalho de luto deve ser aproximada da noção mais geral de elaboração psíquica, concebida como uma necessidade do aparelho psíquico de ligar as impressões traumatizantes.” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 510).

No presente trabalho, optamos por usar o conceito de *elaboração* (*Verarbeitung*)⁸ na sua concepção mais ampla, que abarca a elaboração no momento do luto e outras formas de

⁸ No *Dicionário comentado do alemão de Freud* (1996), de Luiz Hanns, *Verarbeitung* teria o significado de “[a]ssimilar, absorver, digerir e elaborar emocionalmente” (p.207). Hanns observa que, em português, o

elaboração psíquica, as quais acontecem na relação do sujeito com os objetos oferecidos pela cultura e outros sujeitos com os quais mantém relação. Essa forma de compreender o conceito de *elaboração* se relaciona com o trabalho psíquico que o sujeito é chamado a fazer, para adaptar-se a mudanças, e não estaria restrito ao trabalho em análise. O tipo de *elaboração* (*Durcharbeitung*⁹ feita em análise faz referência ao momento no qual o sujeito, através das interpretações do analista, consegue afrouxar a resistência e trazer conteúdos previamente recalçados para serem inseridos nas cadeias de representações.

Assim concebido, em sua forma mais ampla de trabalho psíquico, o conceito de elaboração tem muito a acrescentar, quando procuramos entender o processo de envelhecimento. A questão das perdas é central para essa clínica e aparece em registros diferentes que se acumulam: perdas reais e simbólicas ligadas à aposentadoria, fragilização do corpo, morte de familiares, entre outras, buscam tradução no plano psíquico. O Eu investe os objetos que ama e, diante de uma perda, necessita fazer o luto. O trabalho de luto, como concebido por Freud, em 1917, implica que a libido investida em um objeto possa desligar-se do objeto e das representações inconscientes atreladas a ele, antes de ser capaz de procurar um novo objeto. Em face da ruptura de um vínculo, cria-se no Eu um vazio, uma falta vivida dolorosamente pelo sujeito. O Eu é constituído de imagens de objetos investidos e cada perda o ameaça diretamente de “esfoliamento imaginário”; quer dizer que, com o aumento de perdas e desligamento das representações inconscientes atreladas aos objetos perdidos, o Eu se vê empobrecido (MESSY, 1992).

Para esse reposicionamento subjetivo, no sentido de abandonar traços identificatórios associados a objetos perdidos e procurar novos, o amparo do outro e do social são de suma importância. Um fundo depressivo faz parte do envelhecimento, significa que o idoso está mergulhado em um intenso trabalho de luto. O aparente desinvestimento do mundo pode ser um recolhimento criativo, e a lentidão do idoso pode ser compreendida como uma introspecção na qual o sujeito procura modos de se desligar de objetos perdidos, a fim de investir em novas possibilidades. Porém, por atualmente a velhice não ser valorizada, os caminhos abertos pela cultura para atualização de sua história tornam-se mais restritos.

termo *elaboração* tem conotações adicionais, como assimilação e reorganização, como no trabalho de luto, por exemplo (p.208).

⁹ Para Hanns (1996), esse termo teria uma conotação de atravessar, embrenhar-se num trabalho, superar dificuldades através do trabalho (p. 199), enquanto Freud o usaria para designar o “[...] esforço empenhado para vencer a resistência.” (p.198).

Por esse ponto de vista, as identificações primitivas, tanto positivas como negativas, que organizaram a vida psíquica podem ser determinantes para esse reposicionamento. Se, nesse caminho regressivo, o sujeito encontrar vivências traumáticas ou lutos e perdas não resolvidos, terá que somar a elaboração destes ao trabalho de elaboração pelos lutos atuais. Nessa perspectiva, a elaboração dos lutos no envelhecimento é diretamente influenciada pelas histórias anteriores que, se deixaram sequelas congeladas de situações traumáticas, podem fazer eclodir quadros patológicos graves em indivíduos que, ao longo da vida, conseguiram manter-se relativamente funcionais, mas, no fim, podem ficar aprisionados na dor de sua própria história narcísica (ROZITCHNER, 2012).

Em *Journal d'un corps*,¹⁰ o narrador faz um diário de sua relação com seu corpo desde sua infância até o dia de sua morte, com 87 anos. No final do livro, em uma carta, explica à filha como a morte de seu neto Gregório, de 25 anos, o afetou profundamente e de como ficou sete anos sem escrever no diário, pois estava completamente focado em sua dor e seu processo de luto. Relata que, durante esses sete anos, reviveu o luto pela morte das pessoas importantes da sua vida, como a morte de seu pai, quando era criança, e de sua babá, Violeta, quando era adolescente:

Você está diante de uma interrupção de sete anos. Depois da morte de Gregório a observação de meu corpo perdeu todo interesse. Tinha o coração em outro lugar. Meus mortos passaram a me fazer falta todos ao mesmo tempo! No fundo, pensei, nunca me recuperei da morte de papai, nem da morte de Violeta, da morte de Tijo, e nunca me recuperarei da morte de Gregório. O luto como única cultura, desenvolvi uma tristeza solitária e colérica. É difícil discernir o que nos tiram, morrendo, os que amamos. [...] A morte nos priva da experiência de reciprocidade, é verdade, mas nossa memória compensa [...] Com seus corpos vivos, nossos mortos tecem nossas lembranças, mas estas lembranças não me eram mais suficientes: era o corpo deles que me fazia falta! A materialidade de seus corpos, esta alteridade absoluta, era isto que eu havia perdido! Estes corpos não podiam mais habitar minhas paisagens. Meus mortos eram móveis retirados que haviam feito a harmonia de minha casa. Como sua presença física de repente me fez falta! E como senti falta de mim mesmo na ausência deles! (PENNAC, 2012, p. 413).

Dentro do referencial da psicanálise, o luto se apresenta como uma atividade psíquica complexa ligada ao desenvolvimento do narcisismo, do Eu e das primeiras experiências de separação. O texto de Freud, *Luto e melancolia* (1917a/2006), inaugura uma nova maneira de estudar o luto, saindo do referencial social de compreensão do fenômeno do luto e entrando num referencial da psicanálise. Nesse texto, Freud apresenta um processo psicodinâmico que propõe a articulação entre a relação com objetos externos e com um intrincado mundo interno criado pela relação com os primeiros objetos de amor.

¹⁰ Diário de um corpo.

Para a psicanálise, os lutos têm função constitutiva do aparelho psíquico e da organização da personalidade. O nascimento, a separação da mãe, o desmame, a passagem pelo Complexo de Édipo são momentos-chave do desenvolvimento infantil, nos quais o sujeito se depara com a ruptura, a falta e a necessidade de redirecionar a libido para novos objetos. A perda do primeiro objeto põe em funcionamento um mecanismo que procura continuamente novos objetos para satisfazer o desejo. De acordo com Freud (1913), a entrada do homem na cultura também é marcada por um luto. Por meio do mito do assassinato do pai primitivo, aponta a importância de o homem encontrar a morte e dar sentido a esse acontecimento. Tanto no Édipo como no mito da horda primitiva, diante de uma perda ou separação, segue-se um processo de identificação e ganho de algo novo, respectivamente, o Supra Eu e a Lei. A tristeza e a dor em face da perda abrem espaço para a construção do próprio aparelho psíquico, através das funções do fantasiar e da memória. Num primeiro momento, frente à perda, o psiquismo busca satisfação pela alucinação; o trabalho de luto permite que o sujeito saia desse registro e procure novos caminhos de satisfação, nas relações com objetos externos (ROZITCHNER, 2012).

Freud escreve *Luto e melancolia* no começo de 1915, quando a Europa estava no início da Primeira Guerra Mundial e seus dois filhos haviam se alistado. Em 1914 e 1915, Freud escreveu uma série de 12 ensaios, dos quais 5 foram publicados, representando a maior revisão da teoria psicanalítica desde “A interpretação dos sonhos”. Com efeito, encontra-se num momento intelectual muito fecundo, ao mesmo tempo em que propõe novos conceitos e tenta articulá-los com suas descobertas anteriores.

O objetivo principal de *Luto e melancolia* (1917a/2006) é fazer uma distinção entre um processo de luto, que seria saudável, e uma predisposição melancólica, a qual seria patológica:

O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal, etc. Entretanto em algumas pessoas – que por isso suspeitamos portadoras de uma predisposição patológica – sob as mesmas circunstâncias de perda, surge a melancolia, em vez do luto. (FREUD, 1917a/2006, p. 103).

O luto é descrito como um estado passageiro, que, apesar de modificar a vida interna e externa do sujeito profundamente, aparece como uma anormalidade transitória, pois, após o processo, o Eu volta a seu funcionamento anterior, ou seja, normal. Já na melancolia, a maneira como o sujeito passou pela fase constitutiva do narcisismo influencia o modo como se relacionará com os objetos e, assim, a maneira como reagirá frente à perda; esta seria a explicação para a forte dor que o melancólico sente, frente à perda:

A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição geral das capacidades de realizar tarefas e pela depreciação do sentimento de si. (FREUD, 1917a/2006, p. 103).

Em última instância, o que diferencia o luto da melancolia é a depreciação do sentimento de si presente exclusivamente na melancolia. Ogden (2002) comenta que é apenas dentro de um intrincado mundo conceitual criado por Freud que essa distinção faz sentido, pois, num segundo momento do texto, seguindo pistas e evidências que vão sendo apresentadas, Freud chega à conclusão de que algo inconsciente, desconhecido do sujeito, foi perdido junto com o objeto do qual tenta fazer o luto. E essa parte de si, que se vai junto com o objeto, e da qual não temos consciência, torna o processo um tanto quanto misterioso, mais difícil ou até impossível:

Esse desconhecimento ocorre até mesmo quando a perda desencadeadora da melancolia é conhecida, pois, se o doente sabe *quem* ele perdeu, não sabe dizer *o que* se perdeu com o desaparecimento deste objeto amado. (FREUD, 1917a/2006, p. 105).

No luto, é o mundo que se torna pobre, enquanto, na melancolia, é o próprio Eu que se empobrece. Freud explica que isso acontece, porque uma parte do Eu está identificada com o objeto perdido e, assim, a sombra do objeto perdido recai sobre o Eu. Uma perda objetal se torna uma perda egoica. Para Ogden (2002), esse momento do desenvolvimento conceitual de Freud é essencial, já que permite a criação de um mundo interno com um funcionamento complexo, no qual o Eu se encontra dividido e no qual pode se refugiar, afastando-se da dor da realidade externa. Nesse sentido, a melancolia se mostra como uma defesa paradoxal, comparável com a maneira como apresentaremos a doença de Alzheimer, no Capítulo 3, ou seja, o recolhimento no mundo interno protege da dor, porém impede o relacionamento com os outros e uma continuação da vida no mundo:

Este evitamento acontece por meio de um “pacto com o diabo” inconsciente: em troca da fuga da dor da perda do objeto, o melancólico está fadado a experimentar uma sensação de “morte em vida”¹¹ consequência de se desconectar de uma grande parte da realidade externa. Neste sentido, o melancólico troca uma parte substancial de sua própria vida - a vida emocional tridimensional no mundo real com objetos externos. O mundo interno do melancólico é moldado pelo desejo de manter cativo o objeto na forma de um objeto substituto para ele - o Eu identificado com o objeto. De certa forma, a internalização do objeto o deixa para sempre cativo para o melancólico e ao mesmo tempo o melancólico se torna para sempre capturado por ele. (OGDEN, 2002, p. 773).

Segundo Ogden (2002), Freud propõe a tese de que investir mais nas relações inconscientes de objeto, do que na realidade compartilhada, seria uma forma de regressão defensiva, a qual possibilitaria retornar a uma maneira bidimensional de relação com o

¹¹ *Lifelessness*.

objeto, na qual não existe a ameaça do tempo e da morte, uma relação narcísica com o objeto, como desenvolvida em *Introdução ao narcisismo* (1914/2004).

Freud afirma que é necessário reconhecer a perda do objeto, para fazer o trabalho de luto. A prova de realidade constatou que o objeto já não existe e que se deve retirar toda a libido das relações com esse objeto, entretanto, esse processo acontece de forma lenta e gradual, seguindo diferentes etapas que parecem acontecer mais simultaneamente do que seguidamente, como a aceitação da perda, na realidade, o investimento das lembranças do objeto, tornando-o presente na fantasia, um desinvestimento do objeto na fantasia e, finalmente, o investimento da libido liberada em um novo objeto de amor:

[...] essas exigências da realidade não são atendidas de imediato. Ao contrário, isso só ocorre pouco a pouco e com grande dispêndio de tempo e energia, enquanto, em paralelo, a existência psíquica do objeto perdido continua a ser sustentada. Cada uma das lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços da libido. [...] após completar o trabalho do luto, o Eu se torna efetivamente livre e volta a funcionar sem inibições. (FREUD, 1917a, p. 104-105).

Para Ogden (2002), em 1917, Freud propõe uma nova visão do aparelho psíquico que décadas mais tarde servirá de base para o desenvolvimento da teoria das relações objetais, já que não está apenas construindo novos conceitos, mas, sobretudo, apresentando uma nova forma de se entender a gênese da subjetividade humana. A importância da relação com os objetos externos e internos se destaca para a formação do Eu, por meio da ideia de que o inconsciente se organiza em torno de relações objetais internas relativamente estáveis. Uma ideia igualmente notável é a de que, para se proteger da dor psíquica da perda, o aparelho psíquico pode substituir a relação objetual externa por uma relação interna, na fantasia. Ao opor o quadro da melancolia ao do luto, Freud mostra um tipo de psicopatologia na qual o pensamento onipotente pode se tornar mais forte que a realidade externa, o que é de suma importância para nossa leitura psicanalítica da demência tipo Alzheimer. Dessa forma, a realidade psíquica se desliga radicalmente da realidade compartilhada, permitindo a compreensão de complexos quadros de maneiras singulares de se viver a realidade. A aceitação de percepções vindas da realidade se mostra como uma função muito menos automática, como se poderia imaginar, e mais gradual e subjetiva.

Quando se tem condições psíquicas e suporte do meio para aceitar essa mudança da realidade, o deslocamento da libido começa a ocorrer pouco a pouco, com grande dispêndio de energia e tempo; paralelamente, a existência psíquica do objeto é prolongada, pois nos mantemos investindo sua lembrança. Esse desligamento é extremamente doloroso

e o Eu fica totalmente dedicado a tal processo de recuperar a libido investida no objeto externo e em sua representação interna. Freud descreve um trabalho minucioso, no qual lembranças e expectativas que ligavam o Eu ao objeto são superinvestidas, até que se possa fazer o desligamento: “Poderíamos então imaginar, talvez, que este desligamento [*Losung*] do objeto ocorra tão lentamente e tão passo a passo que, com o termino do trabalho, toda a energia mobilizada para realizá-lo tenha sido empregada e se dissipado.” (FREUD, 1917a, p. 114). É só depois desse intenso trabalho psíquico que o Eu se libera e volta a funcionar sem inibições. O autor descreve um esvaziamento do mundo exterior e o encaminhamento das energias psíquicas para o Eu, que está fazendo o trabalho psíquico de luto, o qual consiste, em última instância, em um desligamento libidinal das representações inconscientes do objeto perdido.

O conceito de trabalho, nesse contexto, tem o sentido de esforço penoso para vencer um obstáculo, ou seja, investimento de energia em uma tarefa psíquica árdua, assim como o de transformação de uma situação, quer dizer, passagem pelo estado disfuncional. Fica claro que o indivíduo pode parecer paralisado ou inativo, fisicamente, porém, mentalmente, está em um processo de grande atividade. Assim, o trabalho de luto se aproxima do trabalho psíquico da elaboração psíquica, que seria o esforço do aparelho psíquico de ligar impressões traumatizantes. Complexas operações intrapsíquicas estão em jogo, afetos estão se desligando de representações e procurando novas representações, ou seja, a pulsão fica solta em busca de objetos para investir, para encontrar alívio provisório para essa tensão que emana do corpo e busca maneiras de ser descarregada. O aparelho psíquico se encontra em constante trabalho para transformar essa energia da pulsão em uma energia mais diluída, canalizada, dominada, derivada, ligada a representações e, logo, por meio da simbolização, permitir que a energia cause menos tensão e desprazer (BERLINK, L. 2008).

Dessa forma, é possível pensar que, quando um objeto desaparece, fica um “buraco” na dinâmica de investimentos previamente organizada e a energia precisa encontrar novos caminhos para escoar. Esse processo é lento e penoso, porque o Eu não abandona de bom grado uma posição libidinal onde encontrava satisfação, demorando para aceitar que terá que se deslocar do lugar que ocupava, contra sua vontade. Por isso a noção de trabalho, de esforço, de conflito entre forças, pois uma parte do Eu não quer aceitar a perda, não quer cessar de investir no objeto que investia antes. Entretanto, outra parte reconhece a falta do objeto perdido e inicia uma ação, um processo na busca de uma nova constelação psicodinâmica que propicie diminuição do desprazer, do sofrimento. Num primeiro momento, o Eu mantém o objeto “vivo”, investindo energia em sua representação, de certa forma, “tapando o buraco”,

até que essa energia possa lentamente ser investida em outras representações, num processo paralelo. Quem já passou por uma situação de luto consegue facilmente identificar esse momento no qual, muitas vezes por dia, a imagem do objeto perdido, lembranças, cenas invadem a consciência, causando um misto de prazer pela presença e desprazer pela “re-descoberta” de sua perda. Muitas pessoas relatam que, ao acordarem, acreditam que a pessoa que perderam está viva e no momento em que seus pensamentos se organizam, sentem muita dor, pois “percebem” que a pessoa morreu. Essa presença do objeto por meio do investimento em sua representação funciona como uma defesa frente à dor, possibilitando uma aceitação gradual da perda, para que a experiência seja menos traumática, no sentido de não sobrecarregar o aparelho psíquico com um afeto demasiadamente intenso. Por termos a capacidade de simbolização, podemos manter presente na realidade psíquica algo ausente na realidade física e, assim, lidar com a falta na realidade física em diferentes etapas, alternando entre ter consciência ou não dessa ausência. Foi essa experiência de presença e ausência do objeto materno que permitiu ao bebê a criação de um ritmo, de representações e da noção de tempo. Por isso, nossa capacidade de entender o tempo, de experimentar um tempo psíquico deslocado do tempo compartilhado está ligada com a capacidade de fazer o trabalho de luto:

É esta experiência do tempo que suscita os rituais fúnebres e a relação humana com o morto, isto é com o *outro*, cuja ausência, no luto, é negada por uma presença *outra* que só desaparecerá quando estiver concluído o trabalho sobre a perda e a falta. É exatamente este trabalho sobre a perda e esta relação dolorosa com o outro que a melancolia não consegue realizar. (BERLINK, L. 2008, p. 90).

Aqui, o primeiro *outro* se refere ao objeto externo, o objeto perdido sobre o qual o Eu não tem controle. Já o *outra* diz respeito a esse objeto interno, à representação que de forma alguma desaparece, quando o objeto externo se extingue, porque sua existência está vinculada a cadeias representativas, a imagens e sons na memória que não precisam mais de nenhum suporte da realidade para existirem. De certa maneira, com o desaparecimento do objeto real, não será possível adicionar novas lembranças e novos aspectos a essa representação interna do objeto, no entanto, essas cadeias podem ser tão ricas de informações armazenadas que, se investidas, podem permitir que o objeto continue presente por muitos anos, mesmo se alguns detalhes possam se perder.

Nesse sentido, mesmo se mantivermos a representação do objeto perdido investida de libido, a dor continuará, já que constitui a reação real à perda do objeto e representa um sentimento de desprazer. Quando o anseio pelo objeto que está perdido cria as condições econômicas para a catexia de dor, surge a sensação de dor, na esfera mental. O processo de luto é, portanto, frequentemente permeado de dor, sendo constantemente dolorido (FREUD, 1926).

Feitas tais considerações sobre o texto de 1917, achamos interessante seguir o raciocínio de Allouch (1997), que apresenta algumas críticas ao texto de Freud, as quais serviram para ampliar nossa compreensão acerca do processo de luto. A primeira observação que nos chamou a atenção é a de que Freud não levou em conta o peso do cultural, na sua reflexão sobre morte e luto, reduzindo a experiência do luto a um fenômeno intrapsíquico, sem situá-lo num contexto histórico mais amplo, sem apontar sua função social ou abordar a questão da transmissão. Até o século XIX e o movimento do romantismo, o luto era um fenômeno social, tornando-se algo individual com a ideia romântica da expressão do sofrimento interior. Nesse momento histórico, a família ganha importância e os fenômenos, os quais antes eram experimentados de forma coletiva e comunitária, passam a ser privados. Ao trazer um olhar mais científico para o tema da morte, Freud joga luz no fenômeno da separação que ficava encoberta, por conta da explicação religiosa. A segunda observação é de que, nesse texto, diferentemente de outros, Freud não aborda casos clínicos e não mostra uma articulação clara entre a clínica e seus achados teóricos.

Para o adensamento do tema do trabalho de luto no envelhecimento, essa discussão é de suma importância, pois o contexto social ligado à velhice nas sociedades contemporâneas dificulta o processo do trabalho de luto, oferecendo menos espaços de circulação social capazes de promover novos investimentos libidinais, assim como poucos modelos de “envelhecimento positivo”, para que o velho possa desligar a energia de identificações narcísicas ligadas ao passado e passar a investir numa imagem de si, valorizada e conectada ao presente e ao futuro.

Apesar das críticas, Allouch (1997) enfatiza o caráter original do texto freudiano e relembra que o objetivo de Freud, ao escrever esse texto, era investigar o fenômeno da melancolia, aventurando-se timidamente no campo das psicoses e, sobretudo, para se opor a Jung, com quem tinha recentemente rompido. O autor também chama a atenção para o fato de que, na contemporaneidade, o texto freudiano pode ter sido interpretado de forma a tornar o trabalho de luto normatizador:

Não temos aqui nenhuma dúvida sobre a equação luto = trabalho de luto, isso até o ponto onde o “trabalho de luto”, assim como um antidepressivo qualquer, vira o objeto de uma prescrição. Uma derrapagem deste tipo no normativo não é um caso isolado; [...] Fomos até o ponto, em nome desta “necessidade” do trabalho de luto, de aconselhar a fazer uma criança enlutada a chorar. (ALLOUCH, 1997, p. 42).

Ainda nessa discussão, o autor indaga sobre o conceito de objeto substituto usado por Freud, questionando se um novo objeto pode realmente substituir plenamente um objeto perdido e se a quantidade ou qualidade da energia investida num objeto perdido poderia integralmente ser realocada em um novo objeto. Allouch (1997) questiona a concepção médica que nos guia em busca de uma cura ideal e total, mostrando que, no texto freudiano, o luto não tem um *status* de doença (como teria a melancolia), contudo, por, na contemporaneidade, ser entendido como uma situação desagradável que deve passar logo, pode ganhar o sentido de ter que ser superado rapidamente:

Depois de um luto “bem-sucedido”, o sujeito se encontraria diante do objeto perdido numa relação bem particular que temos dificuldade de resumir em uma fórmula. Podemos então dizer que tudo se passa para o ex-enlutado como se o objeto não estivesse mais perdido [depois do processo de luto]? Num certo sentido sim! Esta resposta está contida na concepção de *restitutio ad integrum* [da medicina]. (ALLOUCH, 1997, p. 61).

Pensando nessa lógica, o idoso se encontraria numa situação constante de pesar e doença, porque não poderia superar todas as perdas de maneira integral. Nesse sentido, poderíamos pensar em um processo mais complexo de luto que não consistiria apenas em reconhecer a realidade da perda, da falta, de sorte a poder reinvestir a energia em um novo objeto, mas pensar em um processo de “subjetivação” deste “não mais existir”, pensar que estamos diante de um “desaparecimento.” (ALLOUCH, 1997, p. 71). Ao meu ver, essa “subjetivação” do que se perde seria mais importante do que a simples aceitação da realidade da perda, já que demandaria do Eu uma capacidade de se reavaliar diante das mudanças engendradas pelas perdas. De certa forma, o sujeito velho, a despeito de investir energia em novos objetos e se projetar no futuro, seria igualmente portador de todos esses desaparecimentos, sem que isso tenha um caráter negativo ou patológico, muito pelo contrário: a imagem de si poderia de certa forma se enriquecer dessas experiências vividas, cessadas, contudo, não esquecidas.

Para Clewell (2004), Freud insiste que o desligamento da libido se dá por conta do teste da realidade, num primeiro momento, e, num segundo momento, por

[u]ma espécie de um hyper funcionamento da memória¹², um processo de lembrar de forma obsessiva do objeto perdido durante o qual o sobrevivente ressuscita a existência da pessoa que perdeu no âmbito de sua psique, substituindo uma ausência real por uma presença imaginária. Esta restauração mágica do objeto perdido permite ao enlutado acessar o que houve de valioso na relação e compreender o que ele realmente perdeu quando perdeu o outro. (CLEWELL, 2004, p. 44).

¹² *Hyperremembering*

Nessa óptica, o trabalho de luto, segundo Freud, consiste claramente em transformar lembranças amorosas em memória distante, ou seja, de se desligar não só do objeto mas igualmente de suas lembranças dolorosas. Assim, o processo se termina de forma “espontânea”, quando nenhuma energia está mais atrelada ao antigo objeto, pois já se encontra investida num novo. É importante lembrar que essa libido que pode ser deslocada de um objeto a um outro fez um longo percurso para chegar a esse investimento, como explicado em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2004). Antes de poder ser investida em um objeto, a libido foi, durante a fase do narcisismo primário, investida no Eu; esse percurso determina a maneira como ela poderá, num segundo momento, ser investida em objetos. Com o texto de 1914 e o de 1917, Freud chegará às conclusões que apresentará no texto de 1923, em relação a como o Eu se constitui e como a libido é investida, tanto no Eu como nos objetos.

De acordo com Clewell (2004), Freud dá bastante ênfase ao caráter narcísico da libido, quer na investida no Eu quanto na investida nos objetos, já que a libido investida nos objetos seria uma mera transferência da libido que, em primeira instância, investiu o Eu. Dessa forma, nossa maneira de amar os outros seria sempre narcísica, pois amamos o que nos outros lembra o que amamos ou gostaríamos de amar em nós, mais do que sua diferença ou singularidade. A importância do narcisismo para a circulação da libido também aparece no final do texto sobre o luto, quando Freud afirma que o indivíduo precisa encontrar uma satisfação narcísica em estar vivo, para conseguir concretizar o trabalho de luto. Logo, o processo de luto é apresentado por Freud como uma crise econômica, e o aparelho psíquico encontra novamente seu equilíbrio, ao final do processo.

O processo de luto é um risco para a integridade narcísica do sujeito, visto que, na relação com o objeto perdido, investia libidinalmente ou amava no outro partes de si:

Ressuscitando o outro na lembrança, o enlutado tenta recuperar uma parte de si que foi projetada no outro, uma parte de si necessária para a construção da auto-imagem do sujeito como um ser completo e autônomo. Perder um ente querido ameaça assim destruir a integridade psíquica imaginária, imaginária pois a imagem de si depende da relação com um objeto externo ao indivíduo. (CLEWELL, 2004, p. 47).

Essa citação nos faz lembrar o esfoliamento imaginário de Messy (1992) e nos joga no coração do paradoxo da metapsicologia freudiana, já que a perda do outro ameaça a imagem que temos de nós mesmos, nossa autonomia e nossa identidade. Assim, podemos vislumbrar o tamanho da ameaça narcísica que se impõe ao aparelho psíquico, no envelhecimento, porque o movimento econômico de desligamento da energia de objetos perdidos, investimento em lembranças e desligamento das lembranças, para que a energia possa

novamente ser investida no Eu e em novos objetos, se torna muito veloz. Essa costura teórica nos permite melhor compreensão de quadros de idosos que, diante de pequenas perdas ou morte de familiares nem tão próximos, podem se desorganizar psiquicamente, por vezes, por um curto período de tempo e, por outras, de forma definitiva, como na hipótese que sustentamos nesta tese.

Segundo Clewell (2004), em *Sobre a Transitoriedade* (1916b/2010), texto escrito alguns meses depois de *Luto e Melancolia* (1917a/2006), apesar da diferença nas datas de publicação e em plena Primeira Guerra, Freud afirma e questiona seus primeiros alicerces da teoria do luto. A renúncia ao objeto perdido e a aceitação da realidade seriam a única saída para o processo de luto, que consiste essencialmente em um processo de desligamento e de procura por um substituto consolador. O texto exala otimismo pelo futuro e marca o caráter utópico do processo de luto, o qual consistiria em abraçar o novo para deixar o passado para trás. No mesmo texto, questiona se esse processo pode ser tão direto quanto havia imaginado, uma vez que indaga sobre o forte sofrimento causado pela tentativa de desligamento dos objetos perdidos e a não espontaneidade de renúncia, mesmo quando novos objetos são oferecidos. Em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (1915a), Freud vai mais fundo, ao admitir que a alguns ideais perdidos no decorrer da guerra não se deveria renunciar, por meio de um processo de luto, mesmo se a destrutividade expressa durante a guerra faça parte da existência humana, uma parte que a civilização tenta conter, todavia, muitas vezes falha em fazê-lo. Essas reflexões culminaram no surgimento do conceito de pulsão de morte, em 1920.

Em 1923, Freud revê sua teoria a respeito do luto e da melancolia, para chegar à conclusão de que o processo de identificação presente na melancolia não seria um processo patológico, mas um movimento necessário para a constituição do Eu. O primeiro momento que permitiria a constituição de um Eu seria a separação do objeto primário, o primeiro objeto de amor, e, em consequência, sua introjeção, ou seja, sua presença psíquica em meio à ausência física. Essa primeira separação e primeira introjeção servirá de matriz para todas as seguintes, inclusive as que acontecem no envelhecimento. Dessa forma, a oposição feita entre o luto e a melancolia perde seu sentido:

Elaborar não significa mais abandonar o objeto [perdido] e reinvestir a libido livre em um novo objeto, não implica mais aceitar ser consolado da perda por um substituto externo, como Freud postulou em “Luto e Melancolia.” Invés disto, elaborar significa acolher o outro perdido na própria estrutura identitária, uma forma de preservar o objeto perdido no Eu, em forma de Eu. (CLEWELL, 2004, p. 61).

Assim, diferentemente do texto de 1917, em 1923, o processo de luto é concebido como um processo contínuo de transformação do Eu que não tem um fim. Podemos pensar que Freud amadureceu sua concepção sobre a experiência do luto, por meio do

desenvolvimento teórico da dualidade pulsional de 1920, mas igualmente pela vivência da perda de sua filha Sophie, no mesmo ano, e de seu neto Heinz, em 1923. O texto de 1923 realça a característica da metapsicologia da importância do outro para a constituição do Eu: ser habitado pela alteridade se mostra como condição para o aparecimento da subjetividade. Essa afirmação pode ser entendida de uma forma positiva, porém, também perigosamente negativa, pois a perda dos outros significativos nos leva a perdermos a nossa própria imagem de Eu.

Para aprofundar ainda mais essa questão, podemos continuar a seguir o raciocínio de Allouch (1997) e supor que Freud olha para o fenômeno do luto do ponto de vista de quem perde o objeto, contudo, não menciona o luto pelo fim do próprio Eu, a relação de cada um com a morte e nem a possibilidade de uma continuidade nas lembranças dos que ficam, a despeito de dizer que o objeto perdura psiquicamente. O objeto perdura psiquicamente, enquanto seu desaparecimento na realidade não pode ser encarado corretamente. A energia antes investida no objeto perdido se investe em sua representação psíquica, isto é, narcisicamente, mantendo-se num reservatório de libido. Segundo Freud, o trabalho de luto só será terminado, quando essa mesma quantidade de energia for investida em um novo objeto. Klein, por sua vez, parece se opor à tese de Freud, na qual o trabalho de luto desemboca em reconhecer a inexistência do objeto perdido, já que, para ela, o objetivo do trabalho de luto é a interiorização do objeto perdido. Porém, para que isso ocorra, a relação com o objeto perdido precisa ter sido vivida como total. Se o sujeito se manteve numa posição esquizoparanoide,¹³ sem atingir uma posição depressiva¹⁴ que permita uma relação completa com o objeto, uma relação que suporte a ambivalência, que possibilite o amor a um objeto que é, ao mesmo tempo, bom e mau, seu processo de luto sofrerá complicações na mesma linha da melancolia freudiana que supõe a hipótese de uma relação narcísica com o objeto, a qual dificultaria o processo normal de luto.

Para Lacan, existem estágios de desenvolvimento da libido, etapas chamadas por ele de coinstintuais. Com efeito, somente quando a relação objetal for do tipo genital

é que o objeto perdido pode ser introjetado como objeto de luto. Nessa linha, podemos pensar que se o Eu se constrói por identificações provindas de relações objetais e perda dessas relações: um Eu que não estivesse completamente constituído não teria funções e

¹³ Primeiro tipo de relação de objeto presente na fase oral, usa o mecanismo de defesa da projeção de conteúdos internos assustadores no objeto, que passa a ser sentido como mau e perseguidor.

¹⁴ Acontece ao longo do primeiro ano de vida, com a atenuação de pulsões sádicas e o objeto podendo ser internalizado em sua totalidade. A criança passa a ter medo de destruir o objeto e pode, assim, sentir culpa e reparar depois de atacar.

recursos para fazer “corretamente” o trabalho de luto. Essa constituição do Eu não estaria de maneira alguma ligada com a idade cronológica, contudo, com as experiências nas relações objetais. Essa história das relações objetais poderia facilitar ou dificultar o trabalho de luto. Conforme mostra Freud, diante de uma relação narcísica com o objeto, não é possível fazer o trabalho de luto.

Lacan acentua que o objeto não pode ser substituído. A repetição, ou o encontro com o novo objeto, sempre trará uma marca da diferença; a substituição seria portadora de uma diferença que não poderia ser eliminada ou ignorada, a segunda vez nunca seria como a primeira, e assim por diante. Dessa forma, Lacan aponta para um lado criativo do luto, não salientado por Freud: a relação com o novo objeto implica a instauração de uma posição subjetiva nova, que, por sua vez, leva a uma mudança no modo como o sujeito se relaciona com os objetos e, assim, a experimentar a relação objetual de uma maneira inédita. Nessa perspectiva, o trabalho de luto teria uma função de criação do sujeito. É a perda do objeto que abre o caminho para o objeto de desejo, é a perda do falo, o sacrifício deste, abrir mão de tê-lo que permite a busca simbólica pelo objeto de desejo – a castração é a via de acesso ao objeto de desejo (ALLOUCH, 1997).

É por meio da aceitação dessa primeira perda, da impossibilidade de a criança obter plena satisfação na relação com o objeto primário, que ela precisa renunciar às suas expectativas e se modificar, para poder investir em novos objetos. É a falta, o vazio que deixa esse primeiro objeto que propicia o desejo e a procura por novos objetos a serem investidos. Nesse momento, a criança não faz apenas o luto pela perda do primeiro objeto, mas também o luto pela ideia de satisfação plena. Lacan chama a atenção para o momento do desmame, mostrando que a mãe precisa incentivar essa passagem, porque é aceitando o seu processo de luto que poderá acompanhar o luto do bebê (PERES, 2003).

É importante entender que o texto freudiano, apesar de suas incompletudes, é um marco para a teoria psicanalítica, pois, ao abordar o conceito de neurose narcísica, interroga a fronteira entre neurose e psicose e entre somático e psíquico, além, obviamente, de ser um texto inaugural para os pós-freudianos que viriam a estudar as relações objetais, de sorte que fica evidente que a perda e a relação com os objetos (principalmente o primeiro) determinam a constituição do Eu. Para Ogden (2002), *Luto e melancolia* também serve de base para a ideia de que o inconsciente é, em algum grau, organizado em torno de relações com objetos internos relativamente estáveis. A fantasia, ou seja, a relação com os objetos internos, ganha grande destaque, porque pode defender a psique da dor, assim

como o reconhecimento de que algumas patologias viriam do grande investimento nesse mundo interno, deixando de lado as relações com o mundo externo.

Seguindo esse tipo de compreensão psicanalítica dos sintomas, a hipótese que apresentamos, no Capítulo 3, também tem a compreensão dos sintomas – nesse caso, da demência – como um reflexo de uma nova organização psíquica, a qual se constelou para proteger o sujeito da dor: a dor do envelhecimento, da perda, da finitude, de informações demasiadamente doloridas que não encontram possibilidade de serem elaboradas em um processo de luto. A psique, sobrecarregada por esses afetos, usaria a defesa da cisão, como apontado no caso da melancolia, e o sujeito passaria a viver mais tempo num mundo interno, da fantasia, que no externo, da realidade. Na fase avançada da doença, o recurso à fantasia não seria mais possível, e outras formas de escoamento da pulsão e de funcionamento psíquico viriam à tona.

Para nos aprofundarmos na discussão metapsicológica, é importante lembrar que, nesse momento da construção da teoria, em 1917, não havia o conceito de pulsão, que justamente faz a ponte entre o somático e o psíquico; no entanto, o autor já intuía que havia uma quantidade de excitação somática necessária para que a energia psíquica fosse produzida. Assim, a falta de prazer na melancolia seria explicada como uma insuficiência energética que produziria um retraimento no psiquismo, impedindo-o de sentir prazer. Esse quadro de empobrecimento seria o oposto da mania, na qual a carga de energia somática seria intensa e se traduziria por uma fértil produção psíquica. Nessa perspectiva, essa fragilidade estrutural na constituição do Eu impediria uma satisfação na relação com o objeto, o que traria a sensação de vazio. A melancolia poderia ser entendida, por conseguinte, como uma perda da libido, da capacidade de investir libido nos objetos, resultando em um empobrecimento pulsional (PERES, 2003).

Do meu ponto de vista, esse empobrecimento pulsional pode ser aproximado à fase inicial da demência. Depois da negação com respeito ao diagnóstico e aos primeiros sintomas, e o luto pela perda do controle da própria vida e pelo funcionamento do Eu como conhecido anteriormente, alguns pacientes passam por uma fase de empobrecimento do pensamento, que marca a entrada para a fase intermediária . Esse sintoma pode ser compreendido pela neuropsicologia como uma dificuldade de os neurônios se comunicarem, por excesso de proteínas no cérebro, o que dificulta o pensamento e a linguagem; não obstante, pela luz da psicodinâmica, poderia ser entendido como uma diminuição da libido. Talvez, como na melancolia, a pulsão se torne menos forte e isso se

traduza por uma diminuição da atividade psíquica. Seria o momento em que os médicos diagnosticam uma depressão, nos pacientes com diagnóstico de demência.

Numa leitura psicanalítica das demências, seria possível supor que, até o momento, um processo de luto foi possível, mas se atingiu um limite do quanto o aparelho psíquico pode dar conta do desligamento da libido dos objetos, encontrando-se assim repleto de energia desligada, voltada para o Eu, no reservatório, sem conseguir ainda investir em novos objetos. Nesse ponto, o sujeito apresenta um novo funcionamento psíquico, no qual fica ensimesmado e parece perder interesse pelo mundo

à sua volta. A impressão é que algo que se movimentava para tentar dar conta de seus sintomas, para manter uma imagem intacta de si para si e para o outro, se acalma. Depois de um período que parece de muita ação, de tentar criar novas ligações, novas maneiras de dirigir, cozinhar, conversar, as quais disfarçam as dificuldades cognitivas, o sujeito parece “desistir” e entrar em um período de recolhimento e calma.

Uma hipótese para esse fenômeno seria o que Loffredo (2014) explica como medo da morte. Esse medo faz o Eu abandonar grande parte de seu investimento narcísico, abandonar a si mesmo. O Eu se abandona, por não se sentir mais amado pelo Supra Eu ou em possibilidade de sê-lo um dia. Poderíamos pensar que, diante da impotência em manter um funcionamento psíquico “normal”, com os primeiros sintomas da doença, o Eu abandonaria parte de seu investimento narcísico. A imagem que tem de si com a doença se transformou e mostra-se insuportavelmente distante de seu ideal.

Em pesquisa quantitativa, Almeida (1999) ressalta que dois dos sintomas característicos de depressão – tristeza e perda de interesse pelas coisas – foram citados por 69,3% dos pacientes diagnosticados com demência, resultado o qual se aproxima do encontrado por Burns et al. (1990), que descreveram que 63% dos pacientes com doença de Alzheimer relataram a presença de sintomas depressivos. A relação entre depressão e demência ainda é polêmica, no meio médico. Muitos pacientes que apresentam perda de memória como um primeiro sintoma acabam evidenciando depressão como um segundo. Se essa depressão for tratada, um terço dos pacientes exibe remissão dos sintomas, um terço se mantém estável, com o sintoma de comprometimento de memória, e um terço mostra piora dos sintomas e são diagnosticados com Alzheimer (GODINHO, 2012). Assim, recentemente, cunhou-se o termo Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), pois se percebeu que muitos pacientes estavam sendo erroneamente diagnosticados com Alzheimer, por conta do primeiro sintoma de perda de memória. Em relato para o jornal *Libération*, uma mulher que procurou um centro médico para fazer uma avaliação relata:

Os primeiros problemas apareceram no trabalho, há mais ou menos dois meses. Percebi que eu não conseguia memorizar as coisas tão bem quanto antes. Eram apenas detalhes nada de importante, felizmente. Mas o suficiente para eu me preocupar: sempre tive uma excelente memória. Comecei a anotar tudo, na angústia de esquecer. Era impensável conversar com meus colegas sobre isto. Imaginaram as consequências? Conseguia só dizer a mim mesma “não tenho mais a mesma memória que antes, Alzheimer está à espreita”. [Depois da avaliação, percebi que] por enquanto não estou doente. Eu ficarei talvez mais tarde, ou talvez não. Em todo caso hoje não estou com a doença. Minha perda de memória não é devida à doença de Alzheimer. Isto muda as perspectivas. De repente, voltei ao esquema da normalidade. (PIQUEMAL, 2013, n.p.).

É possível pensar que, nesse momento de depressão, isto é, de diminuição de investimento libidinal em relações de objeto, o aparelho psíquico esteja tentando ligar os afetos recentemente desligados a novas representações em busca de um sentido para o que foi perdido e uma possibilidade de reposicionamento subjetivo. Quando esse processo pode ocorrer, não há danos para o Eu, o qual pode voltar a funcionar depois de um período de confusão (seria a via elaborativa citada por Goldfarb (2004), quando esse processo não pode continuar e chegar à resolução do luto, como indicada por Freud, ou seja, ao investir a libido em novos objetos e completar o processos de religação da energia solta, o psiquismo optaria pelo caminho da regressão, numa tentativa de encontrar um funcionamento psíquico compatível com o excesso de energia e, dessa forma, apresentaria uma mudança no funcionamento do Eu, acarretando danos definitivos para todas as funções do Eu.

Os médicos Muliya e Varghese (2010) publicaram interessante artigo discutindo a complexidade da relação entre depressão e demência. A primeira hipótese de que a depressão é um risco para o surgimento da demência. História prévia de depressão, mesmo se ocorrida dez anos antes do surgimento da demência, dobra as chances de uma pessoa ter demência. Além da explicação neurológica para essa hipótese, existe a compreensão psicanalítica explicitada por Goldfarb (2004) de que lutos não elaborados, somados aos novos lutos que surgem no momento do envelhecimento, tensionam o aparelho psíquico de tal forma que os sintomas de esquecimento e a regressão aparecem como um caminho para diminuir a dor de encarar a realidade:

Na clínica observamos que, enquanto alguns pacientes entram em um estado demencial após terem sofrido uma perda que é realmente da ordem do irreparável, outros chegam lá sem que, aparentemente, nada de muito significativo tenha acontecido, nada que represente – ao menos aos olhos dos outros – uma perda de elaboração impossível. Mas há o tempo e a vida que findam, o que, por si só constitui uma perda irreparável que é antecipada pela consciência da finitude própria do ser humano e exige um luto por antecipação. (GOLDFARB, 2004, p. 144).

Assim, casos de pseudodemência, ou seja, quadros clínicos de depressão grave que trazem um prejuízo cognitivo severo, parecido com o apresentado na Doença de Alzheimer, podem ser revertidos se tratados, quer dizer, se o sujeito encontrar suporte para elaborar os lutos atuais e antigos. Para a autora, apesar da multicausalidade, a angústia de morte é fator importante na gênese das demências.

Uma segunda hipótese, a qual desenvolvemos nos parágrafos acima, consiste em entender a depressão como uma fase da doença de Alzheimer. Esse modo de funcionamento psíquico ensimesmado, ligado à depressão, consistiria em um momento de transição, como uma crise, no qual o Eu ainda seria capaz de exercer suas funções (ligadas à percepção, à linguagem, ao princípio de realidade, à coordenação motora, às noções de tempo e espaço) e que, depois dessa passagem, começaria a funcionar de uma forma diferente, expressando mudanças no comportamento ligadas à fase moderada da doença, como se o Eu desistisse de lutar para continuar exercendo suas funções.

Uma terceira maneira de a depressão se relacionar com a demência seria como um sintoma da doença, como uma reação frente ao diagnóstico da doença; na leitura psicanalítica, entenderemos que o sintoma clínico de depressão na linguagem médica estaria associado aos sintomas do trabalho de luto, o que seria uma forma saudável de reagir em face da notícia de uma doença neurodegenerativa. É fácil imaginar a angústia frente ao sintoma de perda de memória, o sentimento de vergonha e de humilhação.

Pacientes relatam suas impressões, depois de fazer uma avaliação neuropsicológica:

Tudo me escapava, o nome da minha rua, eu percebi então realmente. Fiquei traumatizada, não consigo dizer mais nada. Eu choro, tenho vergonha de mim.

Estou paralisada, é uma obstrução total do meu cérebro, de palavras, de ideias, nada, estou desprotegida, não consigo emitir o que penso dentro de mim... Me pergunto o que vai acontecer, está tudo acabado, não vale a pena me perguntar mais nada.

Imagino que eu não sou normal. Quando penso que os outros estão bem, julgo a mim mesma e imagino que algo não vai bem. É em relação a como eu era antes. Isso me deprime um pouco. (MICHON; GARGIULO, 2003, p. 26).

O sentimento é de perda de controle e desvalorização narcísica, por se sentir incapaz e diminuído; os pacientes expressam frequentemente, sentimentos de inferioridade e de perda de valor (MICHON; GARGIULO, 2003).

Em 1923, Freud sustenta que o Eu se abandona, por não se sentir amado pelo Supra Eu. Desamparado pelos poderes protetores, deixa-se morrer. Ou seja, se o Eu sentir que

não poderá alcançar o Ideal de Eu, pensa que não vale mais a pena investir no Eu, desiste dele. Assim, na demência, é possível pensar que, ao perder o amor do Supra Eu, o Eu antecipa um futuro de disfunção e dependência, perdendo o amor dos objetos de que necessita para sobreviver, pois estará muito aquém de seu Ideal de Eu que lhe permite receber amor.

Nessa perspectiva, vemos que a experiência de luto e de depressão (termo psiquiátrico) nos traz importantes indícios para a compreensão da doença de Alzheimer. Se olharmos mais de perto, o luto também é parte essencial do processo de envelhecimento. Goldfarb (2004) chama a atenção para a dificuldade de se fazer um diagnóstico diferencial entre um transtorno moderado da memória ligado ao envelhecimento ou depressão e o diagnóstico de um quadro demencial, até porque os pacientes apresentam boa saúde física. Aponta para a importância de se ficar atento para as perturbações da linguagem, presentes no caso de doenças mais graves.

Allouch (1997) afirma que nossa reação à morte de alguém pode nos surpreender, porque a intensidade do impacto tem menos a ver com o quanto éramos próximo da pessoa e mais como esta seria portadora de partes de nós, isto é, importante para nosso sentido de identidade. O autor salienta que o desligamento operado pela morte de alguém se torna como um fenômeno contagioso, já que pode ter efeitos diversos de desligamento em todos que estavam em contato com o morto e até, em casos extremos, de casais simbióticos, por exemplo, ou de relacionamentos de longa duração, no qual um sujeito depende inteiramente do outro para existir, engendrar a morte do enlutado.

Nessa mesma linha, Turatti (2012) assevera:

A perda do companheiro é um processo doloroso em qualquer idade. Considerando-se o casal após muitos anos juntos, o impacto do luto toma dimensões grandiosas, podendo ser devastador e, não raro, levar a uma depressão fatal. Existem muitas situações em que, após a morte de um cônjuge, o outro falece logo depois. [...] A morte do companheiro tem geralmente uma representação de vazio, como se uma parte de si terminasse de existir concretamente para permanecer na memória e no coração dos que com ele compartilharam suas vidas. Quanto mais longa a trajetória lado a lado, mais momentos a lembrar e maior a cumplicidade e o entrelaçamento de objetivos, conquistas e derrotas, inerentes à construção de uma história conjunta, que após um casamento de muitos anos desenvolve um sistema de papéis, tarefas e costumes que se desfaz com a morte do parceiro, passando a exigir de quem fica uma reconfiguração da vida em termos afetivos e sociais. (TURATTI, 2012, p. 32-33).

Em seu artigo, traz relatos de idosos que passaram pela perda do cônjuge e tentam encontrar sentido numa nova vida, agora como viúvos:

Tempo de vida conjugal: 37 anos *"A união sempre foi muito tranquila, nós nos dávamos muito bem. Ele era muito presente em tudo em casa. Eu adquiri hipertensão após a perda de meu marido, e desde então uso medicamentos para pressão e também calmantes para dormir. Como éramos muito unidos, não consegui aceitar a perda dele, ficando sem chão."* (Margarida)

Tempo de vida conjugal: 42 anos. *"Era uma maravilha de união. Um companheiro, um paizão. Nos amamos até o fim da vida. Ele foi meu destino... Tive depressão e achei que ia junto com ele. O nosso amor era tão forte e perfeito. Nunca quis imaginar minha vida sem ele. Vejo que nossa afinidade tão intensa foi o que me abalou tanto mentalmente quanto fisicamente."* (Hortência)

Tempo de vida conjugal: 50 anos. *"Vida muito boa. Nós dois éramos muito unidos. Sinto muita falta. Tive problemas cardíacos, e fiquei internado por duas vezes, coisa que nunca aconteceu na minha vida. Como é penoso pensar em prosseguir sem uma parte de mim."* (Cravo) (TURATTI, 2012, p. 37-38).

Ogden (2002) conta de uma paciente que, depois de viúva, passava férias sempre no mesmo lugar que costumava ir com o marido. Nesse local, sentiu grande vontade de se juntar ao marido morto, porém, numa luta interna, decidiu não seguir seu marido na morte. Essa escolha implicava ter que viver em um mundo cheio de lembranças e dor pela perda do marido. Na análise, pôde perceber que uma parte de seu Eu se mantinha “morta”, identificada com o morto, e que tinha aprendido a viver dessa forma, todavia, durante o trabalho analítico, pôde se separar disso, recuperar essa parte de seu Eu, por meio de um processo de experimentar a perda do marido e a perda de sua vida como era.

É possível imaginar que alguns lutos são em si mais complicados e que poderiam provocar uma reação “melancólica”, mesmo sem a pessoa ter uma estrutura melancólica ligada ao narcisismo e à relação com os primeiros objetos. Mantemos em mente o conceito de séries complementares de Freud, ao pensar que um evento tem um efeito traumático, se somarmos a força do evento e a capacidade de o indivíduo suportar o sofrimento, ou seja, alguns indivíduos, por conta de fatores biológicos constitutivos e relacionais, de sua história com suas primeiras experiências, se mostram mais resilientes que outros, em face das mesmas situações. Na situação de luto pela perda de um cônjuge de muitos anos, comum no envelhecimento, estamos diante da perda de um objeto erótico de grande importância para o sujeito, por estar fortemente ligado a ele, numa situação de dependência e simbiose, de sorte que a dinâmica pulsional do sujeito se encontra totalmente modificada com a ausência desse objeto, no qual o sujeito se apoiava e que estava associado com todas as instâncias de sua vida, com todas suas relações objetais. Nessa circunstância, podemos nos questionar se a escolha do objeto foi feita sobre base narcísica ou se, pelo grande tempo de relação com esse objeto, ele se torna parte do sujeito e, sem ele, sua noção de Eu se encontra modificada.

Para Luciana Berlink, (2008), o luto patológico é diferente da melancolia, pois tem a ver com a ambivalência amor/ódio, mas sem a regressão narcísica da melancolia. Nessa espécie, observamos autorrecriações, porque o enlutado se sente culpado por ter desejado a

morte do objeto; Freud chama esse luto patológico de depressão obsessiva. Na questão de casais idosos simbióticos, seria mais o caso de um colapso, porque não observamos autorrecriação ou ódio, porém, uma impossibilidade de o Eu continuar a funcionar, sem o apoio no objeto que perdeu. Sem trocas libidinais com o objeto perdido, o aparelho psíquico se paralisa, como se a própria função de ligação, de investimento em si e nos outros dependesse do objeto perdido para funcionar. O sujeito se entrega a um processo de regressão e ao domínio da pulsão de morte, desligando-se de todos os objetos e perdendo a vontade de viver. Nesse caso, o enlutado não parece dominado pelo objeto perdido, como na melancolia, assombrado; no entanto, parece profundamente atingido e desequilibrado no seu funcionamento psicodinâmico. De acordo com Freud (1917a/2006), no luto, sob pressão das satisfações narcísicas da vida, o sujeito abandona o objeto perdido para preservar a própria vida. E quando não há essa pressão? Quando se está velho e não se tem perspectiva de futuro? O que acontece, quando se encontra mais prazer na relação com as lembranças do objeto perdido do que na relação com novos objetos?

Para tencionar o raciocínio de Freud, podemos nos debruçar sobre a ideia de que parece existir uma fase intermediária, no processo de luto, na qual o sujeito investe na representação interna do objeto, mas também em algum objeto externo ligado ao morto. É comum, por exemplo, que pais deixem o quarto do filho que morreu intacto ou se demorem muitos meses ou até anos, para se desfazer das roupas do marido falecido, as quais estão no armário. Da mesma forma que as lembranças são, num primeiro momento, superinvestidas para depois serem desinvestidas, esses objetos se tornam de extrema importância para a vida do enlutado, até que possam ser desinvestidos: seriam como um suporte físico para essas lembranças, um depositário. Tal reação poderia ser ligada à depressão obsessiva citada por Freud, já que se relaciona com o fato de reter o objeto, querer controlá-lo, associada à fase anal do desenvolvimento infantil. No romance *Homens imprudentemente poéticos*, de Valter Hugo Mãe, o personagem do oleiro, Saburo, vê sua esposa morrer de forma traumática, vítima de um animal que entrara e a mordera dentro de casa. Por um tempo, ele precisa manter sua vestimenta em um espantalho para ter algo de concreto, uma relíquia, que sinalize sua presença:

A senhora Fuyu teria a celebração que lhe competia, Saburo deveria apaziguar-se com os deuses. Era uma decisão. O oleiro tinha de a aceitar. Era realmente uma decisão. Uns dias mais tarde, ainda incapaz de se dirigir as flores, o oleiro pendurou o quimono da mulher no espantalho do seu quintal. Espaventava ali a imitar-lhe a companhia. [...] A morte era muito pouco para terminar um sentimento tão grande. Algumas pessoas assustavam-se pela veste movida lentamente ao ar. Com o passar do tempo, ganhavam também temura e lembravam a senhora Fuyu pela graça de sua cordialidade. A terra do oleiro parecia observada para sempre pela mulher. Era uma mulher abundante. Restava. (MÃE, 2016, p. 35).

Para alguém que perde um parceiro com quem construiu trinta anos de vida, o processo de luto na forma como indicada por Freud, em 1917, parece no mínimo utópico: “Cada uma das lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços da libido.” (FREUD, 1917a/2006, p. 104).

Que, em termos econômicos, isso seja difícil de cumprir e doloroso, é fácil de entender, contudo, no caso de um casal de muitos anos que precisa se separar, vai para além da capacidade de aceitar a realidade. A energia e o tempo necessário para tal processo (sem nem contar a intensidade da dor) parecem constituir tarefa demasiadamente árdua para alguém de mais de sessenta anos, em meio a diversos processos de luto simultâneos. Assim, o Eu não poderia se ver livre e funcionar sem inibições, como almejado por Freud, até porque os processos de luto se sobreporiam e o Eu estaria sempre em meio a processos de luto, sem nunca poder terminar totalmente nenhum:

Uma representação mental inconsciente do objeto precisa ser abandonada pela libido. Esta representação mental é composta de incontáveis representações isoladas (vestígios inconscientes dela), e de que o processo de recolher a libido não tem como ser algo momentâneo, mas um processo que progride paulatinamente. (FREUD, 1917a/2006, p. 114).

É no inconsciente que transcorrem as tentativas de desligamento do objeto. Nessa lógica, é possível pensar que o Eu se encontraria modificado e, por vezes, não seria capaz de voltar a funcionar como antigamente, perdendo cada vez mais pedaços de si, com o desaparecimento dos outros, até um ponto em que seu próprio funcionamento estaria comprometido.

Nesse sentido, articulando os conceitos de luto, melancolia e envelhecimento, seria correto imaginar que, na velhice, nos deparamos com perdas físicas, como perda de força e beleza jovial, assim como memória, rapidez e potência sexual. Com a aposentadoria, também perdemos *status* social e convivência com os colegas de trabalho. Dessa forma, diante dessas profundas mudanças da realidade, o Eu é chamado a se modificar. As perdas de objetos e condições reais implicam trabalho de desprendimento da libido de objetos e identificações internas e, assim, um reposicionamento subjetivo diante do que se foi e deixou de ser e o que se virá a ser.

Para Manoel Berlink (2008), a envelhescência seria um desencontro frutífero entre o inconsciente atemporal e o corpo, sede da temporalidade. Com as modificações trazidas pelo corpo, o sujeito é obrigado a mudar sua rotina, repensar seu trabalho e se adaptar às

novas exigências. O Eu é chamado a se reposicionar diante de seus ideais: elaborar o luto pelos sonhos que não podem mais ser realizados pela falta de tempo. O sujeito passa a reavaliar seus projetos e redescreve sua própria história: “[...] a envelhescência é uma recriação do Eu diante das exigências pulsionais e as novas exigências do corpo que se aproxima da morte.” (BERLINK, M. 2008, p. 197). De acordo com o autor, a envelhescência seria um ato de subjetivação e se oporia ao envelhecer, que se manifestaria no corpo, mas não seria acompanhado de um trabalho psíquico em paralelo, o qual abarcaria essas transformações, dando sentido a elas.

Na mesma linha de mostrar que um trabalho psíquico se faz necessário frente às mudanças, Messy (1992) diferencia “envelhecimento” de “velhice”. Por um lado, o envelhecimento seria um processo irreversível que se inscreve no tempo. Esse processo dinâmico e se constitui de perdas e aquisições; o sujeito lida com essas mudanças, usando os recursos que desenvolveu ao longo da vida. Por outro lado, a velhice seria entendida como um momento de ruptura, um acontecimento que surpreende o sujeito de forma brutal:

É uma ruptura do envelhecimento feito, desejo lembrar, de perdas e aquisições, ruptura causada por uma perda crucial, sem dúvida, relacionada com outra perda mais antiga ou com seu fantasma, e cujo rastro permaneceu para sempre sensível. (MESSY, 1992, p. 31).

Esse acontecimento, identificado com uma perda tão profunda, deixa o sujeito paralisado e o impede de elaborar a fase de tristeza e se relançar a novas ligações objetais.

Tal conceito de velhice, cunhado por Messy (1992), revela-se muito próximo do conceito de melancolia de Freud (1917a/2006). Já no início do texto, Freud destaca que, para “[...] algumas pessoas – que por isso suspeitamos portadoras de uma disposição patológica – sob as mesmas condições de perda, surge a melancolia em vez do luto.” (FREUD, 1917a/2006, p.103). Essa afirmação sugere uma fragilidade narcísica que poderia dificultar o complexo trabalho do luto. Na melancolia, o sujeito acaba identificado inconscientemente com o objeto perdido, de sorte que a perda do objeto acarreta uma perda no Eu. A sombra do objeto recai sobre o Eu, e a libido liberada pela separação com o objeto, em vez de ser investida em um novo objeto, retorna ao Eu. O complexo melancólico pode se colocar como uma ferida aberta, absorvendo, por todos os lados, a energia de todos os investimentos para si, de modo a esvaziar o Eu até o seu total empobrecimento. Fica claro que o luto é um processo intrapsíquico complexo, o qual absorve a energia do sujeito. Esse processo pode exigir grande empenho e trabalho do aparelho psíquico, a fim de efetuar as mudanças no Eu necessárias para a adaptação à nova realidade que se impõe (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Nesse sentido, vemos que, em face das perdas ligadas ao envelhecimento, dois caminhos se abrem. O primeiro seria o de enfrentar um trabalho de luto, que consiste em uma reelaboração tardia da experiência edípica e da posição depressiva. O segundo caminho seria o da negação, da recusa da realidade, do desinvestimento do aparelho perceptivo-consciente. Nessa situação de negação, o tempo presente pode parecer absurdo, incompreensível, e o sujeito pode se refugiar em um passado idealizado, onde sua identidade se protege das perdas que o ameaçam no presente. O trabalho psíquico de integração da passagem do tempo implica renúncias narcísicas ligadas a desejos infantis de onipotência. A regressão, a recusa e o retorno narcísico acontecem, quando o sujeito não faz o trabalho de luto (BIANCHI, 1987).

Para finalizar nossa tentativa de compreender os caminhos do luto no envelhecimento, reportamo-nos a Green (1993). O autor enfatiza que, segundo Freud (1917a/2006), no caso do luto, existe uma perda, uma falta aparente, a qual provoca uma mudança no psiquismo do sujeito. No caso da melancolia, também há uma falta, porém, o que se perdeu é algo que se passa no inconsciente, longe da consciência, de um saber coerente. Nesse momento, o trabalho do negativo toma uma proporção tremendamente importante na psicanálise, pois, para lidar com a perda inconsciente do objeto na melancolia, o sujeito faz uma clivagem, deixando parte de si no lugar do objeto perdido. Saímos do paradigma da neurose, onde o negativo se limita a um trabalho silencioso do qual não temos quase nenhum conhecimento (recalque). Do momento quando esse negativo atinge o Eu, sua presença se torna visível. Apesar da presença constante de uma perda, uma dor, um negativo “positivo”, porque aparente, e seu trabalho ligado à destruição, outro trabalho interno do negativo (o silencioso relacionado à neurose) continua a mover o sujeito, o qual ignora tudo desse negativo escondido, não sabe o que o faz sofrer, a despeito de seu sofrimento ser tão escancarado. A clivagem, sendo um mecanismo de defesa do Eu e, dessa forma, com uma ação inconsciente, deixa o sujeito ignorante da maneira como ele se negativou para tomar o lugar do objeto perdido.

No paradigma da neurose, o trabalho do negativo esconde do sujeito seu desejo, contudo, seu Eu se mantém intacto. No paradigma dos estados-limite, no caso do fetichismo e da melancolia, quando é o mecanismo de defesa da clivagem que está em funcionamento, o sujeito não é ignorante apenas de seu desejo, mas também de que uma parte de seu Eu que se sacrificou para reparar uma perda que não pôde suportar. Esse mecanismo de defesa terá consequências, na sua má percepção da realidade, tanto interna como externa: “Dentro da noite escura, cegos e videntes não veem nada. Quando o dia chega, o vidente vê o mundo e o cego continua dentro da noite.” (GREEN, 1993, p. 82).

Podemos pensar que o negativo ou desligamento que acontece na melancolia retalia o Eu e suas funções objetualizantes, fazendo com que o sujeito entre numa espiral de aniquilar ou perder partes de si, devido à clivagem. O trabalho da pulsão de morte é silencioso e potente e, ao meu ver, o sujeito não pode passar imaculado pelas experiências de perda. Allouch (1997) aponta o caráter demasiadamente romântico da ideia de luto, em Freud, já que, de certa forma, ao investir a representação do objeto perdido na esfera psíquica, num primeiro momento e num segundo momento, reinvestir a energia solta em um novo objeto, o Eu não seria marcado por essa perda, pois poderia “superá-la”. Ao observarmos os velhos ao nosso redor, vemos que os casos de pessoas que se sentem satisfeitas com o balanço que fazem de sua vida, mostram-se tranquilas com a proximidade da morte e investem energia em projetos do presente são a minoria. Muitas pessoas sentem grande insatisfação nesse momento da vida, ligada à perda de funcionalidade do corpo, doenças e perda de autonomia. Também é possível ver que temas relacionados à perda – perda do trabalho, perda de uma casa, a morte dos pais, morte de irmãos, morte de amigos e até filhos e netos – aparece constantemente no discurso de idosos, os quais procuram escuta para poderem elaborar, ligar, transformar experiências que depois de décadas continuam a doer como feridas abertas.

Penso no relato de Helena, colaboradora de minha Dissertação de Mestrado:

É difícil, eu não aceito [a minha idade]. Eu falo assim que eu tenho sessenta e três anos, mas você vê tanta coisa pra trás, né, que não fez, que não realizou, isso daí as vezes deixa a gente triste, estou falando do fundo do coração mesmo...Deixa triste... Muita coisa que era pra gente fazer e não fez. Se existisse outra vida até seria bom para a gente terminar o que deixou para trás. (CHERIX, 2013a, p. 49).

Em alguns casos, diante do luto pelo fim da vida adulta, não apareceram novos projetos. Os filhos se casam e os idosos podem se sentir sozinhos.

Por conseguinte, seria possível pensar que, na clínica do envelhecimento, a separação entre um processo normal de luto e um processo patológico melancólico não teria muito sentido, porque deparamos com perdas de objetos que são essenciais para a constituição do sujeito, para a imagem que tem de si. Não estamos aludindo a trocar um trabalho por outro ou trocar um namorado por outro. Estamos nos referindo a objetos externos e internos investidos por muitos anos, por toda uma vida, como a perda de um cônjuge, de um trabalho, de uma atividade, de uma profissão que se exerceu durante quarenta anos. Neste caso, ele não será substituído por outro com chance de troca afetiva e de trazer igual satisfação como o trabalho perdido.

Dessa forma, na situação de aposentadoria, o investimento libidinal em um trabalho de quarenta anos não será reorientado para um novo trabalho: estamos diante de um vazio que não poderá ser preenchido por um objeto substitutivo. O sujeito pode encontrar novos projetos e representações para ligar a energia solta porém, a relação que o sujeito tinha com seu trabalho e com sua função, como trabalhador, a perda desse reconhecimento deixa marcas no Eu. A quantidade de lembranças e a maneira como elas são vitais para a identidade do sujeito, para a relação que estabelecem com a imagem de si, com seu Supra Eu, não podem ser facilmente desinvestidas. Um trabalho de quarenta anos pode até ser substituído por outro trabalho, mas não por outro trabalho de quarenta anos. De certa forma, um idoso não pode deixar de “ser”, de lembrar, de investir, não pode perder a representação de si como professor, por exemplo. Fazer o trabalho de luto completo, como teorizado por Freud, nessa situação, levaria a uma perda de traços identificatórios do Eu, uma perda de uma parte importante demais do Eu, para que este continue a funcionar, se realmente abrir mão de investir as representações internas do objeto que se perdeu na realidade. Esse processo, além de impossível, me parece uma ameaça para a coesão e o funcionamento do Eu. Desse modo, na velhice, parece que a forma mais equilibrada de manter o funcionamento psicodinâmico não seria fazer uma transição e aceitar a perda real e a perda da representação do objeto, que deixaria de ter importância em prol de novas relações objetais. Um sujeito pode aceitar o processo de aposentadoria, aceitar a perda do objeto real (e não ir até o trabalho pela manhã, por exemplo, alucinar para não aceitar a perda), mas manter as lembranças em relação a esse trabalho investidas para poder se reconhecer e ser reconhecido por algo que não existe mais no tempo presente, enquanto concreto, contudo que precisa se manter existindo no tempo presente de forma simbólica, para garantir a continuidade narcísica do sujeito. Nessa lógica, esse tipo de perda parece acarretar uma perda do Eu ou no Eu e, assim, se aproximar do quadro da melancolia como descrito por Freud, inclusive com os sintomas de autodepreciação. Logo, esse tipo de reação patológica diante da perda poderia estar mais ligado à magnitude da perda e menos à história narcísica do sujeito.

Assim, seria possível pensar que, na idade adulta, a energia estaria investida em relações com objetos externos, em trocas que alimentariam o narcisismo secundário, como em complexos processos psíquicos que permitem lutos, elaborações, grande possibilidade de movimento de energia entre distintas representações, as quais veem a consciência, ao serem mais investidas. A sensação de coesão do Eu viria tanto da imagem recebida pelas trocas com objetos externos quanto por essa reorganização constante de energia em representações que favoreceriam a ilusão de um Eu coeso, articulado com passado, presente e futuro, sujeito de uma história.

No envelhecimento, para poder manter essa sensação de sujeito de uma história organizada e de coesão de um Eu, com respeito à magnitude das perdas, as lembranças, as representações dos objetos perdidos precisariam ser demasiadamente investidas. Por isso, a importância do fenômeno da reminiscência, como apontado por Golbfarb (2004), de manter o passado vivo, de essas lembranças encontrarem sentido no presente e nas trocas com objetos externos, como filhos e netos, por exemplo.

Conforme Dedieu-Anglade (2009), no envelhecimento, estaríamos diante de um problema “econômico”, pois a energia desinvestida dos objetos perdidos precisa ser reinvestida em novos objetos ou no Eu. Nesse sentido, a depressão poderia ser concebida como uma desordem econômica. No narcisismo primário, a libido foi investida no Eu; o Eu, como primeiro objeto da libido, se constitui, assim, como reservatório da mesma. Esse reservatório contém a energia que pode ser investida em outros objetos para além do Eu, de maneira que a libido do Eu diminui, quando o investimento em objetos aumenta. Desse modo, em alguns cenários de envelhecimento, no momento da aposentadoria, por exemplo, a libido desligada do objeto perdido inundaria o Eu, da mesma forma como vemos na paranoia, na psicose e na hipocondria. Um idoso recém-aposentado pode apresentar sintomas de apatia e desinteresse, desejos sexuais difusos ou agressividade, até conseguir investir a energia desligada em nova atividade que dê prazer.

Nessa mesma linha, Goldfarb afirma:

[...] podemos nos permitir pensar em relação à particular economia do processo de envelhecimento e suas repetidas perdas, já que, chegado a certo ponto, o período entre lutos se encurta demasiadamente, provocando um excesso de excitação não metabolizável que ao modo das neuroses traumáticas, provocariam essa sensação de não haver saída, não haver tempo para elaborar. (GOLDFARB, 2004, p.163).

Vemos, por conseguinte, que o tema do luto ocupa uma parte importante do campo dos estudos sobre envelhecimento. Neste subcapítulo, abordamos a questão do luto ligada à aposentadoria e à perda do cônjuge, assim como demos continuidade à reflexão acerca das consequências das perdas associadas ao corpo, apresentadas no Capítulo 1, para, no próximo subcapítulo, abordar a questão do impacto psíquico da proximidade da morte física. O adoecimento e a finitude podem ser vividos como uma reatualização do complexo de castração ligado ao complexo de Édipo e, nessa perspectiva, saber da proximidade do desaparecimento do Eu pode ser entendido como mais um luto que procura elaboração, tensionando o aparelho psíquico.

Reatualização do complexo de castração e luto pelo fim do Eu

Aprendiz de morte

*A morte vem assim,
dando mordidinhas,
Educada,
primeiro se apresenta, depois de aproxima
Malandra, vem devagar
Elegante, se mostra apenas para quem se dispõe a vê-la
Didática, nos ensina à dialogar
Imponente, vem se impondo
Generosa, nos permite transitar entre sua
presença
Mas cada mordidinha leva um pedacinho
Morte que morde*

(Silvia C. Henriques, 2017)

Segundo Freud (1915b/2006), a morte aparece como incontestável e inevitável. No consciente, o homem sabe que vai morrer, entende a passagem cronológica do tempo e tenta elaborar os lutos, ao longo da vida, rumo à aceitação da finitude. No Id, a passagem do tempo é processada de outra forma. Nessa vivência paralela do tempo, o homem acredita-se imortal, não aceita a castração e a ideia de seu desaparecimento.

Desde o seu nascimento até sua morte, o homem encontra-se diante dessa angústia. Para Freud, o medo perante a morte não faz sentido pois não podemos representá-la, “[...] pois a morte é um conceito abstrato, seu conteúdo é negativo e não é possível encontrar nenhum elemento correspondente no inconsciente.” (FREUD, 1923b/2007, p. 64).

Assim, o que traduzimos como o sentimento de medo da morte se refere, na verdade, à ação do Eu, ao investir toda a libido contida no reservatório nos objetos. Por meio dessa ação, o Eu abandona a si próprio; como no caso da melancolia, “[...] o Eu – não se sentindo amado e sim odiado e perseguido pelo seu próprio Supra-Eu-acabe por desistir de si. Viver, para o Eu, significa ser amado, ser amado pelo Supra-Eu.” (FREUD, 1923b/2007, p. 65).

A perda do amor/investimento do Supra Eu é sentida como um abandono de uma mãe protetora. Logo, o medo vem dessa relação do Eu com o Supra Eu e pode ser entendido como o medo da castração que foi ele próprio fundante do Supra Eu e da primeira relação do Eu com essa instância.

De acordo com Green (1988), a atitude atual diante da morte é de revolta frente a um escândalo. Antes, encontrava-se consolo no seio da família e na crença religiosa; hoje, tentamos nos haver com essa questão de forma racional:

Pensávamos poder nos consolar do jugo da morte porque sabíamos que éramos mortais e sabê-lo nos dava a sensação de podermos nos preparar e encará-la: “Filosofar é aprender a morrer”. Não era a resignação, nem a submissão a um poder cego ao qual nos dobrávamos na impotência; o consentimento de nossa finitude mantinha a ideia de que a morte podia encontrar em nós um adversário respeitável. Não um escravo, mas um ser livre porque se supunha lúcido. Na verdade, sem sabê-lo éramos ignorantes não apenas dela, mas de nós mesmos. (GREEN, 1988, p. 278).

O discurso consciente sobre a morte encobre a verdadeira causa da angústia, que seria o temor da castração. O desprazer ligado à ideia de morte é o medo do fim do prazer de viver, de gozar. Na leitura que Green (1986) faz de Freud, o Id não aspira à imortalidade, apenas não tem representação da morte. No Id, existe somente a afirmação absoluta da vida, sob a forma de realizações de desejos, e, assim, o medo possível seria o da castração, no sentido de ser privado da possibilidade de ter acesso a essas satisfações.

Laplanche e Pontalis (2001) apresentam o complexo de castração como centrado na fantasia de castração que proporciona uma resposta para o enigma da diferença anatômica entre os sexos. Essa diferença diz respeito à suposta castração do pênis na menina. Essa conclusão, ao qual chega o menino, por volta dos cinco anos, o faz temer a figura paterna, no momento da passagem pelo Complexo de Édipo, pois acredita que, se tiver atividades sexuais, poderá perder seu pênis, como aconteceu com a menina. A partir desse momento, o complexo de castração passa a funcionar de forma simbólica, podendo ser configurado em imagens que expressem danos à integridade corporal, como amputação e perda dos dentes; ter ou não o falo se torna uma maneira de se deter ou não o poder. Por isso, a castração é atrelada a uma desvalorização narcísica, pois quem tem o falo detém o poder.

A angústia do complexo de castração ocorre, quando a criança faz uma verificação na realidade para atestar a falta do pênis na menina e, em paralelo, uma força externa promove um movimento de interdição, mostrando que o menino precisa se separar de sua mãe. Mais amplamente, é possível relacionar o complexo de castração com todo tipo de experiência de separação e perda e de se ter o seu desejo barrado, de ser privado do que se quer ter.

Em 1908, Freud publica o texto *Sobre as teorias sexuais das crianças*, alguns meses antes da publicação do artigo sobre “O pequeno Hans”, em 1909. A seção dos *Três Ensaio*s (1905b) sobre “As Pesquisas Sexuais da Infância” só foi acrescentada em 1915,

oito anos depois da publicação do texto de 1908, sendo um resumo deste. Fica claro que Freud aproveitou o contato com o “pequeno Hans”, além de pacientes neuróticos adultos, para desenvolver as teorias sexuais explicitadas nesse texto, como a do nascimento dos bebês pelo ânus ou a importância do pênis para as crianças de ambos os sexos. Nesse artigo, faz a primeira menção à ideia de “complexo de castração”, que havia sido mencionada de forma rápida em *A Interpretação de Sonhos* (1900/2001).

Freud (1908) tece a hipótese de que, diante da chegada de um irmãozinho, as crianças começam a pensar sobre a origem dos bebês. Sentindo-se ameaçadas, começam a investigar para evitar a repetição de algo tão desagradável. Nessa investigação, o menino parte do pressuposto de que não há uma diferença anatômica entre os sexos:

Consiste em atribuir a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis, tal como o menino sabe a partir de seu próprio corpo. É justamente na constituição sexual que devemos encarar como “normal” que, já na infância, o pênis é a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual auto-erótico. O alto valor que o menino lhe concede reflete-se naturalmente em sua incapacidade de imaginar uma pessoa semelhante a ele que seja desprovida desse constituinte essencial. As palavras de um menino pequeno quando vê os genitais de sua irmãzinha demonstram que o seu preconceito já é suficientemente forte para falsear uma percepção. Ele não se refere à ausência do pênis, mas comenta *invariavelmente*, com intenção consoladora: “O dela ainda é muito pequeno, mas vai aumentar quando ela crescer”. (1908/1976, p. 219).

Logo em seguida, o autor faz a primeira menção ao complexo de castração:

O menino, no qual dominam principalmente as excitações do pênis, costuma obter prazer estimulando esse órgão com a mão. Seus pais e sua mãe o surpreenderam nesse ato e o intimidam com a ameaça de cortar-lhe o pênis. O efeito dessa “ameaça de castração” é proporcional ao valor conferido ao órgão, sendo extraordinariamente profundo e persistente. As lendas e os mitos atestam o transtorno da vida emocional e todo o horror ligado ao complexo de castração, complexo este que será subsequentemente lembrado com grande relutância pela consciência. (FREUD, 1908/1976, p. 220).

Seria a partir dessa ameaça que se formaria a instância do Supra Eu, a qual concentra interdições e regras de conduta, para privilegiar a vida em sociedade, ao invés da realização desenfreada do desejo. Já a menina sentiria a “inveja do pênis” e, na vida adulta, procuraria encontrar satisfação com um falo substituto, como um bebê, por exemplo. Para chegar à conclusão de que os bebês surgem dentro da barriga da mãe, pois o pênis penetrou na vagina, o menino precisa abandonar sua teoria de que a mãe possui um pênis, assim como a teoria de que o bebê é expelido pelo ânus, como um excremento, e que o coito entre os pais é sádico.

É em *A organização sexual infantil* (1923a) que Freud articula o conceito de complexo de castração com o conjunto de sua teoria do desenvolvimento infantil. Essa organização se daria em torno do falo, porque, se, no início da infância, a criança sente prazer em outros locais do corpo, no fim da organização sexual infantil, esse prazer se

concentrará no órgão genital. Ao descobrir, por meio de observação, que a menina não tem um pênis, o menino é altamente afetado:

Sabe-se como reagem às primeiras impressões da ausência de pênis. Eles recusam essa ausência, acreditam ver um membro, atenuam a contradição entre o que viram e o que esperavam, mediante a evasiva de que ele é ainda pequeno e crescerá, e aos poucos chegam à conclusão emocionalmente significativa de que no mínimo ele estava presente e depois foi retirado. A ausência de pênis é vista como resultado de uma castração, e o menino se acha ante a tarefa de lidar com a castração em relação a ele próprio. (FREUD, 1923a, p. 153).

Essa observação de Freud é importante para a compreensão da organização sexual infantil e adulta, mas igualmente para o desenvolvimento dos mecanismos de defesa. A recusa (*Verleugnung*) aqui utilizada para tratar do momento em que o menino não quer ou não consegue acreditar que a menina não tem um pênis, passará a ser um conceito importante para a metapsicologia e para o desenvolvimento de nosso trabalho. Na verdade, como será mostrado no Capítulo 3, a recusa como mecanismo de defesa que protege o psiquismo de chegar a conclusões desagradáveis é o mecanismo principal de funcionamento do aparelho psíquico, no estágio moderado da doença de Alzheimer.

Por isso, a passagem por esse momento do desenvolvimento infantil, a facilidade ou dificuldade de lidar com uma realidade apresentada, que causa surpresa e desprazer, pode vir a determinar a maneira como lidar com as outras situações desse tipo da vida. Diante de uma pressão insuportável, o indivíduo pode voltar a usar mecanismos de defesa primitivos, os quais foram utilizados na infância, em momentos “emocionalmente significativos”.

A recusa em relação à falta do pênis, na menina, também é descrita em por Freud

(1925a):

Ou surge o processo que eu designaria como “recusa”, que na vida psíquica da criança parece não ser raro nem muito perigoso, mas que no adulto daria início a uma psicose. A menina se recusa a admitir o fato de sua castração, aferra-se à convicção de que possui um pênis, e se vê compelida, subsequentemente, a agir como se fosse um homem. (FREUD, 1925a, p. 262).

Como será desenvolvido no Capítulo 3, a troca do mecanismo de defesa do recalque pelo da recusa, na fase intermediária da doença de Alzheimer, acarreta o surgimento de sintomas e comportamentos ligados ao campo da psicose.

Em *A dissolução do complexo de Édipo* (1924/2011), Freud assinala que o amor do menino pela mãe diminui, quando este vê que ela dirige seus afetos a um recém-chegado. Todo o desenvolvimento sexual infantil é recalcado, e a criança entra no período de latência até a puberdade, quando os impulsos sexuais voltam a encontrar expressão. O complexo de

Édipo estaria programado a se desintegrar, para que o desenvolvimento da criança continue. Na fase fálica, última fase do desenvolvimento sexual infantil antes de seu adormecimento na fase de latência, o pênis se torna o centro da vida do menino e da menina. O menino é ameaçado por seus cuidadores de que, se não parar de brincar com seu órgão sexual ou se continuar a fazer xixi na cama, terá seu pipi cortado. Essa ameaça traz tamanha angústia, que a criança interrompe suas explorações. Por um lado, fica angustiada frente a essa ameaça e, por outro, já teve sua integridade física ameaçada anteriormente, no sentido de perder partes de si, quer na experiência do desmame, quer na da evacuação das fezes.

Nesse ponto da argumentação de Freud, podemos retomar o paralelo que fizemos, no Capítulo 1, em relação às mudanças corporais que surgem no processo de envelhecimento e a ameaça de castração. Esses complexos infantis recalcados podem voltar a ser investidos, pois afetos parecidos são revividos no envelhecimento. A ameaça narcísica é iminente, em face do enfraquecimento do corpo. Logo, é possível supor que o indivíduo se encontra novamente ante a ameaça de castração, e a maneira como resolveu este conflito na infância é determinante para designar a intensidade como vai revivê-lo no momento do envelhecimento. Para Freud, a descoberta da falta de pênis na menina abre uma ferida narcísica que leva a um sentimento de desvalorização e inferioridade, o qual poderíamos ligar a casos de depressão que acontecem no envelhecimento, como mostrado no início deste capítulo. De certa forma, ao não recusarmos a visão desse corpo que perde a funcionalidade, a saúde e a beleza, defrontamo-nos com nossa impotência e, de certa maneira, estamos submetidos a uma força maior que nos ameaça.

Em *Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos* (1925a), Freud também descreve que a menina sente raiva da mãe, por acusá-la de tê-la feito sem o pênis, e que sente ciúmes e inveja de outros que possuem o falo. Esse tipo de reação pode ser igualmente encontrada no envelhecimento, a propósito de um conflito de gerações, quando idosos se sentem ameaçados pelos jovens e, muitas vezes, invejam seu vigor e beleza; Freud alude a uma “humilhação narcísica” (p. 265).

Para Ferrey e Le Gouès (2008), a redução da funcionalidade física faz uma marca psíquica que reativa o complexo de castração. Dependendo de como o sujeito lidou com a castração, poderá aceitar as mudanças físicas e encontrar na passividade uma fonte de prazer, ou, numa sociedade que enaltece a juventude e a performance, sentir-se ameaçado e defender-se. Os sujeitos com traços narcísicos predominantes encontram dificuldade em fazer esse reposicionamento, por não quererem abrir mão do que foram e do que ainda gostariam de ser.

Nessa mesma linha, Laznik (2005) aponta para um terceiro tempo do Édipo, na mulher; o segundo seria na adolescência e o terceiro seria na maturidade, quando poderia reeditar a passagem pelo Édipo, tendo o filho homem como objeto de desejo incestuoso, ao invés do pai. Algumas mulheres maduras poderiam idealizar o filho, da mesma forma que idealizaram o pai. Na menopausa, a mulher tem que se haver novamente com o complexo de castração, no sentido de que necessita fazer o luto por não ter mais a possibilidade biológica de ter filhos. Isso pode fazer com que a mulher madura tenha dificuldade em abrir mão de um filho homem jovem adulto, principalmente se o momento da menopausa coincidir com o momento de saída dos filhos de casa. A psicanalista dá o nome para esse fenômeno clínico de "complexo de Jocasta".

Laznik cita Neuter (2001), para ilustrar que o homem também tem de lidar com o complexo de castração e a impotência, na meia-idade, pois a ereção se torna mais difícil. Essas mudanças biológicas no corpo podem acontecer de forma repentina e trazem fortes consequências psíquicas. Para que o homem ainda se sinta viril, pode procurar a admiração exibindo qualidades que o liguem ao poder simbólico. Tanto a menopausa na mulher quanto a crise de meia-idade no homem podem fazer com que o sujeito se defronte diretamente com a finitude. O complexo de castração pode ser reativado, porque a morte e a impotência não são mais uma abstração: tornam-se ameaças reais.

Para Verdon (2013), o processo de envelhecimento tem raízes na infância, adolescência e vida adulta. Perda, falta, frustração e renúncia, marcas da clínica do envelhecimento, são vivências que nos acompanham desde o início e fazem eco a experiências primitivas que nos mobilizam a buscar novas vias de satisfação. O sujeito pode ter facilidade para lidar com as perdas ou usar de defesas, como a negação e a idealização, a fim de proteger-se da angústia. Dessa forma, o trabalho psíquico que acontece no envelhecimento não diz respeito só às condições sociais da velhice, mas faz eco com experiências psíquicas complexas que estruturam a psique de forma nodal. Assim, segundo o autor, envelhecer é um processo totalmente subjetivo e singular, marcado pela inquietude que problematiza o encontro, dentro de cada um, da realidade externa com a realidade psíquica. Diante das marcas físicas e simbólicas da passagem do tempo, vemo-nos confrontados a uma realidade nova, porém, de certo modo, uma realidade reatualizada que não se separa, de maneira alguma, dos conflitos psíquicos que conduziram a vida até aquele momento.

Com a dissolução do complexo de Édipo, forma-se a instância do Supra Eu, que, na primeira fase da doença de Alzheimer, será lentamente desintegrada, permitindo que

comportamentos ligados à sexualidade e à agressividade encontrem livre caminho para expressão.

Com o impacto da frustração ligada à impossibilidade de ser o único objeto de amor da mãe,

[o]s investimentos objetais são abandonados e substituídos pela identificação. A autoridade do pai ou dos pais, introjetada no Eu, forma ali o âmago do Super-eu, que toma ao pai a severidade, perpetua a sua proibição do incesto e assim garante o Eu contra o retorno do investimento libidinal de objeto. As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, e em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos. (FREUD, 1924/2011, p. 186).

Ou seja, sob o efeito da angústia, o menino aceita a interdição da mãe enquanto objeto sexual e reconhece a lei do pai e da sociedade, no intuito de manter a integridade de seu corpo. O investimento nos primeiros objetos de amor cessa e é substituído por identificações. A autoridade do pai introjetada dá origem ao Supra Eu e, na entrada na fase de latência, as tendências libidinais são dessexualizadas e sublimadas, inibidas em seu objetivo sexual e transformadas em afeição.

A identificação pode ser considerada a mais primordial forma de ligação afetiva a um objeto e desempenha um papel importante na pré-história do complexo de Édipo, quando o investimento objetal direto em relação à mãe e uma identificação ao pai, que é tomado como modelo, acontecem. A identificação, derivada da fase oral do desenvolvimento libidinal, é ambivalente desde o início, podendo ser tanto expressão de ternura como desejo de eliminação. O processo de identificação conduz a uma configuração do Eu segundo essa imagem tomada como modelo. A identificação também pode substituir uma ligação objetal libidinal e, nesse caso, ocorreu uma introjeção do objeto no Eu, de sorte que a identificação é apenas parcial e toma um traço da pessoa-objeto. A introjeção do objeto no Eu também é descrita em luto e melancolia e assim se esclarece a constituição do ideal do Eu, cujas funções são auto-observação, consciência moral e censura (LOFFREDO, 2014).

Em alguns pacientes com Alzheimer, é possível observar que repetem frases de interdição ou imitam pais ou cuidadores, em atos de proibição, da mesma forma que crianças pequenas o fazem, quando estão interiorizando as proibições. O Eu é, de certa maneira, criado a partir dessas identificações com objetos de amor, como na passagem pelo Complexo de Édipo, quando o menino se identifica com o pai que ama e que teme. No menino, o complexo de castração se dá no final do Complexo de Édipo e ajuda em sua

dissolução, enquanto, na menina, o complexo de castração inicia o complexo de Édipo (FREUD, 1925a).

Se a ameaça à integridade física está diretamente ligada à aceitação das regras sociais, podemos pensar que, psiquicamente, se no envelhecimento sentimos a perda de funcionalidade do corpo como uma violência ou ameaça inesperada vinda de fora, não teremos mais medo da ameaça de castração, pois de certo modo ela ocorreu sem que o sujeito tenha feito qualquer tipo de transgressão. Sem o medo da castração, o Supra Eu, como instância, não poderia mais funcionar da mesma forma, porque não haveria nada a “perder” e, assim, nenhuma razão para abrir mão da realização imediata do desejo e de um funcionamento pautado no princípio do prazer.

Assim, chegamos à conclusão de que, para que o sujeito possa dar sentido ao fenômeno da morte, precisa integrar o conceito de limite, em sua vida:

É na falta absoluta de qualquer modelo, de qualquer experiência de iniciação que ninguém possui, na falta de qualquer mestre, que o sujeito temporal vai ao encontro do Fim que ele deve atingir, fim que as figuras que se oferecem para apoiar seu Eu mostram, mas não esclarecem. Identificar-se a elas implica simultaneamente reconhecer a ameaça que faz pesar a morte e a capacidade de superar não só a angústia que vem dessa ameaça que visa radicalmente ao narcisismo do Eu, mas ainda o sentimento de desorientação que pode estar ligado à percepção da inadequação das identificações atuais. A ameaça que traz a morte implica, assim, uma “exigência de trabalho” psíquica de que o Eu é tentado a se esquivar, por meio da recusa ou da regressão. (BIANCHI, 1987, p. 80).

Nessa perspectiva, aceitar a morte como estado em direção ao qual vai a vida significa que o Eu tem que tomar consciência de seu limite. Se o Eu não integrar a representação da morte, não simbolizá-la, esta ficará apenas como representação recalcada, inconsciente, e se manifestará na vida psíquica por meio de sintomas. O contrainvestimento necessário para manter essa representação recalcada usa energia a qual o Eu fica privado de utilizar para outras coisas. Se não encontra mediações de objetos internos e externos, para lidar com a proximidade da morte, o sujeito pode negar as mudanças angustiantes e regredir ao narcisismo infantil. Vivências de um passado exemplar ou um sonho podem tomar o lugar da realidade e servir como uma proteção contra a destruição. Processos alucinatorios e oníricos causam desinvestimento na realidade e no sistema consciente, tomando, assim, o lugar das percepções, da realidade. Fica claro o caráter defensivo desse desinvestimento, que se distancia de uma realidade sentida como desprazerosa e ameaçadora para a constelação narcísica (BIANCHI, 1987).

Dessa maneira, no envelhecimento, nós nos havemos com uma ferida narcísica causada pela impossibilidade de postergar a realização de desejo e pela proximidade da morte real. A

prova de realidade pressiona a fazer uma mudança de posição subjetiva, o luto pelo que se foi e pelo que não se poderá mais ser. O desejo inconsciente e inexorável continua alimentando a psique, enquanto o corpo precisa se submeter às limitações colocadas pela passagem do tempo. A fantasia de eternidade encontra um limite antes ignorado pela libido. Intensifica-se um processo que coloca em tensão o Eu e o Id. O Eu defronta-se com as limitações do corpo e a perspectiva da morte real e simbólica, enquanto as pulsões se mantêm pressionando por satisfação. A solidez do Eu é posta à prova, dela dependendo a continuidade da organização psíquica do sujeito e a coesão do aparelho psíquico. Os objetos internos e as experiências do passado são chamadas para enfrentar o presente. A qualidade dos objetos internos e os lutos precoces podem determinar a qualidade dos lutos tardios (FERREY; LE GOUËS, 2008).

As perdas podem ser entendidas como mortes simbólicas e, ao fazer o processo de luto pelas perdas, estamos em contato com a morte. Aceitar cada nova separação nos coloca no caminho de aceitar a separação última, que seria a separação da vida; cada trabalho psíquico feito para dar conta do desaparecimento de outros ecoaria num trabalho psíquico paralelo: o de dar conta do desaparecimento do próprio Eu.

Conforme Verdon (2013), é a introjeção de um objeto bom que possibilita a elaboração da posição depressiva, a renúncia e o luto. O sujeito confrontado com a perspectiva da morte mobiliza representações plurais: abandono, aniquilação, destruição e perseguição. Busca, por conseguinte, recursos nos objetos internos e externos, na tentativa de prevenir e tratar as excitações, até o final da vida. Se não encontrar esse suporte, pode entrar num processo de regressão, no qual depara com fantasias de castração e, em seguida, angústias ainda mais primárias de destruição, culminando em sintomas psicopatológicos graves.

Diante da possibilidade de escoamento da pulsão em face da exterminação do Eu, podemos igualmente pensar no trabalho de sublimação, o qual será apresentado em detalhes, no Capítulo 3. Pereira (2013) mostra que a arte, o sonho e as fantasias permitem a ligação de forças pulsionais. Essas construções deixam ver vestígios do processo primário no qual se fundamentam, pois seriam formas de criação governadas pelo desejo.

Para Green (1993), a pulsão de morte e o trabalho do negativo, através do desligamento, têm função constitutiva. O autor pensa o processo sublimatório a partir da coexistência das forças de ligação e desligamento. A sublimação seria compreendida como uma saída pulsional do complexo de Édipo, o qual favoreceria a instalação dos processos superegoicos.

Em 1923, Freud (1923b/2007) enfatiza que a sublimação é responsável pela defusão pulsional, através da transformação da libido em uma energia neutra que o Eu armazena: seria a dessexualização da pulsão de vida. Seria essa energia que proporcionaria a alimentação do narcisismo secundário, por meio das identificações e trocas com objetos externos. O Eu seria, então, essencial para fazer a mediação necessária e transformar a libido sexual em narcísica, oferecendo essa força para ser investida em outros objetos e em todas as atividades exercidas pelo Eu. No Capítulo 3, esboçaremos a hipótese de que, na fase intermediária da doença de Alzheimer, o Eu não pode mais executar suas funções adequadamente. Nesse caso, a função da sublimação seria particularmente atingida. Sem a coesão do Eu, a energia sexual não poderia ser “dessexualizada” e, assim, investida no Eu ou em relações de objeto. É fácil imaginar que um círculo vicioso aconteceria, pois, sem energia, o Eu não conseguiria mais executar suas funções, principalmente a função de ligação, que necessita de investimento para permitir ao Eu se relacionar com os objetos. Sem a mediação do Eu, a pulsão seria investida de maneira caótica, tanto em objetos externos como em representações ativadas a esmo.

Por conseguinte, estamos diante de uma dimensão paradoxal e ambivalente da sublimação. Na sublimação, há uma transformação da meta e do objeto da pulsão que promove satisfação psíquica semelhante à sexual. É uma saída mais interessante que o sintoma, já que promove uma transformação dos processos psíquicos e efeitos intersubjetivos. Para que a sublimação possa acontecer, o sujeito precisa ter a capacidade de fazer lutos. O criável supõe a perda do objeto materno e a capacidade de fazer o luto do objeto perdido. A forma como essa separação inicial se dá, a maneira como esse distanciamento do objeto primário é feito pela interdição paterna determinam a capacidade de fazer lutos e de usar a sublimação como um recurso psíquico proveitoso, a fim de fazer frente à pressão da pulsão.

De acordo com Verdon (2013), o trabalho de luto pelo fim do Eu, pela morte, oscila entre um desinvestimento “protetivo” dos objetos, o qual possibilita às relações intrapsíquicas e intersubjetivas continuarem a funcionar de um jeito menos intenso, e o desejo de ainda ter projetos de vida, de se lançar ao futuro. Com o trabalho de luto pelo fim do Eu, o sujeito se desapega, desinveste redes narcísicas, renuncia a projeções imaginárias de possibilidades de futuro. Se o sujeito atravessar esse processo de aceitação das mudanças e perdas e chegar a elaborar o fim da própria vida, poderá investir numa continuação narcísica de si, pelo investimento nos sobreviventes. Alguns idosos conseguem fazer esse movimento de transferir a um outro algo de si, um amor à vida, um projeto, um legado, e aceitar a continuação do Eu de outra forma, através da vida do outro.

Esse trabalho de desligamento narcísico progressivo é delicado, pois perigoso. Existe uma dinâmica sutil entre um trabalho ativo de renúncia, de separação de partes do Eu, e a tessitura dessas experiências numa malha de sentido, para que o Eu não seja totalmente destruído. O Eu procura renunciar à vida, sem se abandonar:

Preparar-se para a morte é desamarar nós mesmos, um a um, os laços que nos sustentam, é romper com o maior número de amarras possível, para que, quando o vento se levante de repente, possa nos levar sem resistirmos. Desprendimento que acontece no interior e não transparece no exterior. Nossa vida exterior não é afetada. (MAURIAC, 1965 p.76 apud VERDON, 2013, p. 36).

Nesse momento, pode surgir um conflito entre um Eu que está tentando aceitar os limites impostos pela realidade e fazer um processo de desligamento da vida, encontrando sentido em deixar uma herança, e um Eu virtual, o qual insiste em projetar-se no futuro, incapaz de aceitar a incompletude.

Diante da iminente perda do Eu biológico, do corpo, o Eu pode ser pressionado a renunciar a certas formas de continuidade. Bianchi (1987) conta o caso de um homem de 42 anos que sonha ser uma mulher de 92 anos. Está deitado em uma cadeira e sente que seu corpo esfria e, por isso, colocaram placas quentes perto dele. O autor prossegue:

Ele dirá aliás que, nesse momento – que ele viverá com uma intensidade e um sentimento de “realidade” irrefutáveis – ele se situa psicologicamente na sua idade atual. A impressão de realidade é tão viva que K. afirmará: “Eu morri realmente esta noite, vivi por antecipação a hora de minha morte”.

Por enquanto, no sonho, ele chama então sua mãe para perto dele e lhe pede que abaixe seus pés e suba sua cabeça na cama hospitalar na qual se encontra. K. chora devagarinho, ao mesmo tempo resignado e inconsolável, dizendo à sua mãe “que ele não quer morrer, mas que é preciso aceitar.” Nesse momento de difícil “luto pelo fim do Eu”, eis que lhe retorna à memória um turbilhão de lembranças e que se acordam velhas feridas narcísicas: fracassos escolares ou amorosos etc. Ele dirá: “Eu encontrei ali, de uma só vez, tudo o que foi importante em minha vida.”

Realmente, a cena descrita acima culmina, na sua dor e consentimento simultâneo, relativos à sua morte, no contato, por um breve instante, de seu corpo com o corpo de sua mãe. K. sente, então, o sonho se dissipando, sem que o sonhador acorde, a impressão de um vazio muito grande, não um vazio ligado a um cansaço, mas um vazio associado a um descanso. (BIANCHI, 1987, p. 29).

A morte física, ou simbólica, pode ser vivida como um momento de um balanço. No caso desse paciente, ele sentia que seu corpo e sua vida não tinham produzido muitas coisas que deixaria como continuação de si e, por isso, a morte lhe parecia muito angustiante. A angústia de morte e sua perspectiva possibilitaram rever sua situação edípica, relacionar-se de outra forma com a questão do limite. Podemos pensar que o contato com o corpo da mãe, que aparece no sonho, pode ser entendido como uma volta a uma situação primária de indiferenciação. Essa experiência de fusão pode evocar simultaneamente prazer e medo, porque voltar para um estado de indiferenciação significa se separar da vida e, assim, a dor da separação mantém-se presente. A experiência de fusão

e separação do bebê com a mãe foi o que propiciou a constituição de bordas, de limites para o Eu, experiência fundadora e estruturante para o sujeito. Quando o Eu se encontra novamente perto dessa borda, à beira desse precipício suscitado pela possibilidade da morte e perda de contato com os outros e a realidade, são essas experiências primitivas, essas cenas que reaparecem numa tentativa de dar conta da angústia. Angústia do fim e da origem para a qual cada cultura oferece suas representações (BIANCHI, 1987).

Conforme o autor, estamos diante de um trabalho de luto pelo fim do Eu, pela perda do Eu como objeto narcísico, como objeto de investimento. No envelhecimento, pode-se somar a esse trabalho psíquico um contexto de perda de amor do entorno, uma frustração no contato com a realidade que escancara a perda de objetos de amor. Esses fatos podem reativar o complexo de Édipo (o qual pode ser, nessa reatualização, no envelhecimento, vivido como um trauma ou uma autêntica oportunidade de reelaboração), no sentido de uma situação anterior na qual o Eu já tinha sido confrontado a uma ameaça, mas também reassegurado de um amor na infância que hoje não encontra.

Para que o Eu possa renunciar a si mesmo como objeto de investimento, é necessário que encontre algum objeto externo capaz de receber seus investimentos pulsionais, os quais, até o momento da morte, não cessam. Estamos diante de um trabalho de luto, em que o objeto que precisa ser desinvestido, pois foi perdido, é o próprio Eu; seria a aceitação de uma castração total. Dessa forma, o trabalho do luto pela perda do Eu e do corpo se situaria numa problemática narcísico-depressiva. Em face desse horror, o sujeito pode usar mecanismos de defesa, como a recusa e a clivagem, defesas psicóticas. Paradoxalmente, a clivagem é inevitável, já que uma parte do Eu continua identificada com o não mortal, até porque uma parte precisa continuar funcionando, para fazer o trabalho de luto. Logo, esse tipo de trabalho de luto do Eu permite um desinvestimento libidinal do Eu e do corpo em prol de um investimento em objetos que podem ser sentidos como uma continuidade virtual do Eu. O Eu procura, fora de seu corpo e de seus objetos internos, objetos de identificação que podem ser investidos pela libido, como uma obra, um feito, um neto.

Nessa linha, Verdon (2013) afirma que, frente à finitude, para dar sentido ao processo de vida e morte, é possível estabelecer um balanço entre a satisfação que se sente diante das realizações já feitas e que ainda podem ser alcançadas, e a frustração ante algo que fará parte do registro do proibido e do inalcançável, desejos que não poderão ser satisfeitos. Segundo o autor, o tema da aceitação da castração e da passividade seria chave para uma melhor compreensão da clínica do envelhecimento. A passividade não está ligada ao comportamento

passivo em oposição a um comportamento ativo, mas a uma posição psíquica de passividade. Essa posição psíquica faz referência ao deixar-se levar pelo outro ou por acontecimentos, dar sentido e ter prazer nesse deixar-se levar sem se opor. O bebê vive essa experiência de passividade, a qual pode ser reinvestida pelo adulto em situações de dependência física ou psíquica com conotação de prazer, de deixar-se amparar e cuidar ou de angústia de sentir-se à mercê do outro, de perder o controle.

Green (1999) estabelece a diferença entre *passivité* (passividade), que poderia ser concebida como uma forma de gozo deliberadamente procurado, e *passivation* (passivação), que faria referência ao ato de obrigar o outro a se submeter à passividade. Para a psicanálise, a ideia de passividade está ligada à de feminilidade e seria um objetivo da libido erótica, na mulher. Trata-se de um modo de gozo com objetivo passivo. Fora desse contexto da vida erótica, Freud também usa esse conceito para abordar o jogo do carretel, explicando que o jogo seria uma reação da criança para não mais sentir-se passiva pela ausência da mãe.

Nesse sentido, a ideia de *passivation* (passivação), de obrigar alguém a ficar passivo, estaria associada à noção de desamparo (*Hilfflosigkeit*); nessa situação, a alucinação do objeto de desejo seria inoperante. Assim, existiria uma passividade ligada ao gozo, à satisfação, e uma outra relacionada ao desamparo e à angústia – passividade que pode tanto dar prazer, como um orgasmo, uma pequena morte, ou pode gerar sentimento de desespero, de estar em perigo desamparado, à mercê do outro. É possível pensar que a confiança no outro e as relações primitivas de cuidado propiciaram um terreno mais fecundo para uma ou outra experiência.

Virginia Woolf (1930/2002) escreve um bonito relato sobre o prazer que encontrou em descobrir o mundo de uma posição mais passiva, por conta de uma situação de adoecimento que a mantinha acamada. Seu relato faz eco aos de alguns idosos que revelam sentir prazer numa postura mais contemplativa da vida. Ficar numa posição horizontal, deitada, permitiu-lhe não encarar mais o mundo de frente, mas vê-lo por um novo ângulo, sentindo-se mais irresponsável e livre. Não podendo mais agir no e sobre o mundo, contentou-se de o observar, com curiosidade, sem expectativa. A imagem que usa é a de sentir-se uma desertora do combate, observando os outros de fora, eles numa velocidade rápida como uma parada militar da qual não fazia mais parte. Sair do centro para a margem acordou nela uma capacidade de encantamento, ao entrar no universo da contemplação. Suspender a relação utilitária com o mundo possibilitou abertura para o desconhecido. O rasgo na ilusão de um sentido da vida pautado no trabalhar e nas relações sociais fez com que se abrisse diante

dela uma floresta virgem, seu próprio mundo interno, o qual ganha relevo e um novo campo de percepções do mundo externo. Essa potente transformação é descrita pela autora, de forma poética:

Esta temível experiência, onde o universo é metamorfoseado, onde as ferramentas de trabalho veem seus contornos se apagarem, onde todo ruído festivo se torna romântico como um carrossel ao longe, para além dos campos; e os amigos também mudaram, alguns apresentando uma grande beleza, outros deformados e crápulas como sapos, enquanto a paisagem da vida se estende por inteira na sua distante beleza, como a costa vista de um barco, ao longe. (WOOLF, 1930/2002, p. 30).

Para M'Uzan (1997), a história do sujeito é sempre revista à luz da castração, a qual reorganiza constantemente nossas experiências e lembranças. Para se ter a sensação de um passado, em forma de narrativa, os eventos do passado precisam ser compreendidos pela óptica do Édipo e da castração:

Assim se elabora uma narrativa pessoal, original que liga, transforma e associa elementos variados, o que é muito diferente da simples soma do que foi vivido. Os eventos reais dão definitivamente lugar a conjuntos imagéticos cuja organização interna não tem nada a ver com a ordem de sucessão, o primeiro verdadeiro passado do indivíduo se constitui assim. Em seguida esta atividade deve continuar indefinidamente, cada nova situação é retomada numa descrição que faz referência ao “primeiro passado” para o completar e propor um projeto para os dias a vir. Sem esta faculdade falhar, não há uma edificação da neurose de transferência, que não pode ser considerada como uma repetição morna, mas como uma verdadeira organização dotada de sintaxe e chamada a seguir uma trajetória de cunho romanesco. (M'UZAN, 1997, p. 76).

Nesse ponto, não estaríamos diante de uma neurose de transferência que requer interpretações do analista, mas diante de uma necessidade de construção de uma história, de o analista servir como objeto que diminua a angústia da castração e ajude a manter a história coesa.

M'uzan (1997) salienta que o trabalho de luto pelo fim da vida não pode se resumir à aceitação da morte como uma consequência natural e ao desinvestimento dos objetos de amor, voltando a energia desligada ao Eu. No trabalho do *trépas* (último trabalho psíquico, o da passagem, da morte em si, da morte física), ao contrário, os objetos de amor seriam superinvestidos. Algumas pessoas investiriam as representações do objeto bom e as lembranças como uma forma de fazer essa expansão do Eu e, em seguida, poder desaparecer. Assim, na velhice e no momento de proximidade da morte, repetiriam histórias que as fizessem se sentir bem em relação ao que realizaram na vida. Outras pessoas, talvez por falta desse recurso interno, necessitariam de um objeto externo, uma pessoa que não teria medo de ser devorada, a qual pudesse receber afetos intensos de confusão, raiva e desespero, que não conseguiriam representações internas para serem contidos e simbolizados. Essa pessoa empresta seu corpo e sua psique para suportar uma transferência intensa, a regressão do sujeito e a dependência final, funcionando como uma espécie de eu-auxiliar ou continente bioniano.

O sujeito escolheria, assim, um objeto no qual poderia investir uma grande carga libidinal, com o objetivo de expandir as fronteiras de seu Eu e seu narcisismo, como que depositar uma parte de si no outro, permitindo que ela fosse cuidada e sobrevivesse à morte física do moribundo. O autor usa a expressão “espectro de identidade” para se referir a esse tipo de relação, na qual acontece uma indiferenciação eu-outro. Diante do desaparecimento iminente, o paciente estaria ávido por investir em uma última relação, num forte movimento passional. Esse objeto encarnaria uma última representação da mãe: “[...] o moribundo e o objeto-chave formariam um só organismo como a mãe e o recém-nascido.” (p.194).

Desse modo, o sujeito procuraria, no momento da morte, uma forma de assimilar tudo o que não foi possível em sua vida pulsional, de ligar os afetos que ficaram sem representações:

No momento que os laços que o unem aos outros estão no ponto de se desfazerem completamente, ele é paradoxalmente movido por um movimento potente, até passional. Desta forma, ele sobreinveste os objetos de amor pois estes são indispensáveis para que ele possa fazer seu último esforço para assimilar tudo o que não pode ter sido até este momento em sua vida pulsional, como se ele tentasse se colocar totalmente no mundo antes de desaparecer. (M’UZAN, 1997, p. 185).¹⁵

O autor descreve uma tentativa de incorporação do objeto e uma constante alucinação de sua presença, nos momentos finais da vida. Muitos autores, médicos e familiares abordam o fenômeno de uma atividade repentina antes do morrer, como uma aparente melhora, um último sopro de vida. Conforme M’uzan (1997), estaríamos diante de dois movimentos, antes da morte: a expansão libidinal e a exaltação do apetite de relação. A consciência seria invadida pela atemporalidade do inconsciente e o Eu perderia as delimitações de suas fronteiras.

Podemos relacionar esse fenômeno de transbordamento do Eu com a definição que Loffredo (2014) traz do conceito de idealização. Na idealização, o objeto é tratado como o próprio Eu, uma porção da libido narcísica transborda do Eu para o objeto. No enamoramento, por exemplo, o objeto amado substitui um ideal que o Eu não conseguiu alcançar. A expansão libidinal apresentada por M’uzan poderia se aproximar desse conceito, já que, por se ver distante de seu Ideal de Eu, o Eu investiria toda sua energia em um outro Eu, o qual poderia se aproximar mais desse ideal e, assim, diminuir a represália do Supra Eu. Se pensarmos na fase intermediária da doença de Alzheimer, talvez em face

¹⁵ O autor utiliza, em francês, a expressão *se mettre complètement au monde*, o que significa se colocar no mundo, mas igualmente nascer, ser parido.

da possibilidade de perder a razão, de perder o controle sobre o Eu, aconteça um espalhamento do Eu nos objetos a sua volta. Nessa fase, não há mais um Eu coeso, não há mais continência, afetos e representações se espalham, a energia parece encontrar os objetos mais por um movimento de transbordamento do que por um de investimento. Isso explicaria comportamentos sem sentido aparente como, por exemplo, chamar alguém que está na sala de mãe. O afeto procuraria uma mãe e seria depositado no primeiro objeto encontrado.

Pereira (2013) aponta para a possibilidade da transferência de algo de si para um objeto transnarcísico, por meio da experiência de sublimação, tanto no campo da arte quanto numa situação de desaparecimento do Eu. O luto abriria a possibilidade para uma transferência de existência. Há uma transferência do narcisismo do criador para um objeto transnarcísico: “[...] o trabalho transnarcísico com a obra não inibe, mas dá tratamento aos efeitos, de outro modo mortíferos, da finitude.” (PEREIRA, 2013, p. 98). Dessa forma, a arte ou qualquer forma de criação ou de tentativa de deixar um legado poderia ser entendida como tentativa desesperada de fazer o sujeito durar.

Apresentamos, neste subcapítulo, algumas consequências psíquicas da proximidade da morte e formas com que o psiquismo teria de lidar, nesse luto último, que seria o luto pelo fim do Eu. O tema da dor da perda pelo fim do Eu nos é de grande interesse, pois intuimos que, na fase 2 da doença de Alzheimer, o aparelho psíquico é levado a fazer esse trabalho (ou parte dele), porque vislumbra o desaparecimento do seu Eu por conta da doença. A angústia ante o desaparecimento do Eu parece ser a mesma, seja por conta da tomada de consciência da doença de Alzheimer, seja por conta da morte física, pois o funcionamento psíquico com um Eu coeso se perde definitivamente.

Capítulo 3 Contribuições da metapsicologia freudiana para a compreensão da demência tipo Alzheimer

Trabalho do negativo: mecanismos de defesa e configurações psicopatológicas

Dentro desse espírito, como destacado na Introdução, os estudos de André Green trazem grande contribuição para o trabalho que desejamos elaborar. Para nos situar no campo da psicopatologia psicanalítica, *O trabalho do negativo*, de 1993, nos parece essencial. Nesse livro, Green explicita, articula e tensiona os mecanismos de defesa propostos por Freud e as categorias psicopatológicas decorrentes, usando o conceito de trabalho do negativo como fio condutor para sustentar suas ideias.

Conforme o autor, o primeiro significado do negativo que nos vem à mente é o de contrário ao positivo, ou seja, uma luta entre dois opostos, onde um ganhar terreno implica o outro perder terreno. Nesse caso, positivo e negativo são ambos positivos de valores contrários, lutando para prevalecer. O segundo significado se daria numa relação de simetria: sem um contexto de luta, o negativo seria o inverso do positivo, mas de igual valor; assim, os dois seriam intercambiáveis, como no campo da física, por exemplo. O terceiro significado faz referência a um estado de coisas que continua a existir, mesmo sem estar manifesto. Seria o latente, o ausente, o escondido por trás de um positivo aparente. Nessa situação, positivo e negativo teriam existências distintas e simultâneas. O que está ausente pode ser concebido como negativo em relação ao que está presente; por isso, movimentos de passagem entre os dois campos são constantes, de que o recalque seria um exemplo. O quarto significado do negativo é o de vazio, o do nada. Pode ser algo que foi e não é mais, ou algo que nunca chegou a ser; podemos pensar no mecanismo de defesa da recusa. O que fica claro é que a noção de negativo não pode ser compreendida fora de um conjunto de relações, fora de uma relação com a alteridade.

Segundo Green (2002), Freud utiliza o conceito de negativo pela primeira vez, em 1905, quando define a neurose como negativo da perversão e, depois, em 1923, para tratar da reação terapêutica negativa. Apesar de não aludir diretamente ao trabalho do negativo, é possível encontrar inferências na sua obra, como com o conceito de alucinação negativa. O próprio conceito de inconsciente, de certa forma, aponta para um negativo em relação a um positivo, na consciência. Podemos ainda citar o conceito de transferência negativa como exemplo do negativo, na clínica psicanalítica.

Desde que foi demonstrado que a atividade psíquica resulta de uma tensão entre um sistema perceptivo-consciente e um sistema inconsciente, podemos afirmar que já existia um trabalho do negativo acontecendo. A própria situação de hipnose já se colocava como

uma prova de que algo acontecia fora da consciência, de sorte que um trabalho do negativo poderia ser inferido, porém, não demonstrado. Num segundo momento, explica Green (1993), Freud evidenciou a presença do negativo no trabalho do sonho, quando algo do inconsciente se expressa em um momento no qual o sujeito não está consciente, no sono. Num terceiro momento, Freud enfatiza o trabalho do luto, que pode ser concebido como uma outra modalidade do trabalho do negativo, no sentido de estruturante e organizadora para o funcionamento do aparelho psíquico.

O trabalho do negativo está igualmente ativo em relação à pulsão; a pulsão precisa, de certa maneira, ser negativizada pelo psiquismo: é necessário encontrar objetos internos e externos que possam canalizar sua energia. Nessa lógica, as representações inconscientes também são uma expressão do trabalho do negativo, porque já seriam pulsão negativada, ou seja, transformada, traços mnêmicos que poderiam ser investidos na falta do objeto real de satisfação pulsional.

Para este trabalho, interessa-nos a leitura que Green (1993) faz do conceito de mecanismos de defesa como fruto do trabalho do negativo. O recalque ou repressão (*Verdrängung*), defesa mais estudada por Freud, pois ligada aos processos neuróticos, seria um exemplo do trabalho do negativo, já que as representações efetuariam um movimento entre um campo “positivo” da consciência, do conteúdo manifesto, e um campo “negativo”, do inconsciente, do conteúdo latente. Ao entrar em contato com outras expressões clínicas de sofrimento, Freud nomeia novos mecanismos de defesa: a rejeição (*Verwerfung*), em que algo não recebe o tratamento simbólico ocorrente na operação de recalque, mas é simplesmente abolida; a negação (*Verneinung*) quando algo do recalcado acessado, entretanto, por meio de uma negação na linguagem; e a recusa (*Verleugnung*), quando acontece uma separação no psiquismo, onde uma parte entra em contato com um conteúdo recalcado e outra parte não. De certa maneira, é possível pensar que, quando Freud passou da primeira tópica (na qual o trabalho do negativo era delimitado ao inconsciente) para a segunda (na qual o trabalho da pulsão de morte é escancarado, com sua “pura cultura da destruição”) e onde a pulsão ganha um espaço dentro do aparelho psíquico (Id), estão abertas as portas para o vasto campo do trabalho do negativo dentro dos processos psíquicos.

Outro exemplo do trabalho do negativo, interessante para refletir sobre as psicopatologias no envelhecimento, é a hipótese greeniana de que a idealização pode ser uma forma de investimento pulsional negativizado. Diante da ausência de satisfação, na relação objetal, ao invés de o Eu estabelecer uma reação de frustração ou cólera com o objeto, ele nega essa ausência de satisfação e se refugia num investimento do ideal, livrando-se da dependência ao objeto, tão arbitrária. A negação do objeto levaria à ilusão

de retorno a uma autossuficiência. Esta poderia ser uma leitura teórica relevante para situações clínicas nas quais alguns idosos parecem se separar do mundo, se isolar num movimento mais ou menos voluntário, como se não acreditassem ser mais possível encontrar a satisfação que procuram no investimento de objetos externos.

Para Green, os mecanismos de defesa da repressão (*Verdrängung*), recusa (*Verleugnung*), negação (*Verneinung*) e rejeição (*Verwerfung*) poderiam ser considerados os mecanismos de defesa primários, sendo todos os outros mecanismos tidos como secundários. Em 1927, sete anos depois de escrever sobre a pulsão de morte, Freud formula o conceito de recusa (*Verleugnung* ou *désaveu*). Entre a noção de repressão (*Verdrängung*), que já aparece em 1900, na *Interpretação dos sonhos*, e a de recusa (*Verleugnung*), a qual vem em *O fetichismo*, Freud já havia tratado de mais dois mecanismos de defesa distintos da repressão: a rejeição (*Verwerfung*), surgida em *O homem dos lobos*, em 1918, e a negativa (*Verneinung*), no texto do mesmo nome, em 1925.

O conceito de recusa está ligado a um outro mecanismo de defesa, a clivagem (*Ichspaltung*). A recusa estaria associada ao verbo *leugnen*, traduzido por *desavouer* ou *denier*, em francês, e por *recusar*, em português. Fica claro que, para Freud, em *O fetichismo*, a recusa se relaciona a um movimento interno, com o objetivo de ignorar uma informação de origem perceptiva relativa à diferença entre os sexos. Conforme Green (1993), Freud tentaria articular e aproximar os mecanismos de defesa e as concepções diagnósticas de neurose, perversão e psicose. Por exemplo, o mecanismo de defesa da clivagem poderia estar presente na neurose e não seria exclusivo do campo da perversão. Obviamente, depois das transformações de 1920, seria necessária uma revisão geral da forma de funcionamento dos mecanismos de defesa da teoria freudiana, projeto que não pôde ser completado por Freud.

Nosso interesse em aprofundar o estudo desses mecanismos de defesa, por meio do *Trabalho do Negativo* de Green (1993), é poder entender de que maneira eles estão em uso, na clínica do envelhecimento, e como esse desdobramento teórico poderia iluminar o campo do sofrimento psíquico na velhice. Em face do argumento de que o sujeito que envelhece é um sujeito adulto com o mesmo funcionamento psíquico que os outros adultos, poderíamos nos posicionar, sustentando que, a despeito de ter o mesmo funcionamento psíquico e, dessa maneira, as chaves de leitura da psicanálise fazerem sentido para compreensão dessa clínica, como das outras, existe uma especificidade. Como já desenvolvido na primeira parte deste trabalho, esse funcionamento psíquico adulto é colocado à prova pelas experiências específicas

do envelhecimento ligadas às mudanças do corpo (investimentos narcísicos) e às mudanças nas relações sociais (investimentos objetivos), as quais demandam do sujeito mudanças no modo de funcionamento do aparelho psíquico, para lidar com o desligamento e religação dessas excitações. Em segundo lugar, a experiência clínica no campo do envelhecimento nos faz sentir que se trata de um campo ainda muito atravessado pelo discurso biomédico e, em menor medida, pelos discursos dos campos da sociologia, da psicologia e da psicanálise. Ao frisar as contribuições que um campo, como a psicanálise, pode oferecer para uma visão cada vez mais complexa do fenômeno do envelhecimento, desejamos trazer a atenção para o sofrimento psíquico, o trabalho psíquico e o imbricar das relações intrapsíquicas e intersubjetivas presentes na experiência do sujeito que tem a doença de Alzheimer. Num campo onde o saber biomédico é mais valorizado, as psicopatologias do envelhecimento e os sujeitos portadores destas podem encontrar suas vivências reduzidas a categorias médicas. Por algumas dessas patologias ou do processo em si do envelhecimento terem essa conotação de regressão, de perda, de desaparecimento do sujeito, a escuta do sofrimento para além dos sintomas manifesto não é promovida.

A transformação do funcionamento do aparelho psíquico ao longo das fases da doença de Alzheimer

Neste subcapítulo, tentaremos oferecer algumas construções teóricas embasadas na psicanálise, para mapear e compreender os sintomas apresentados nos diferentes estágios da doença de Alzheimer reconhecidos pela neuropsicologia. Existem diversas formas de mapear os estágios da doença. Para esta tese, optamos por dividir os sintomas da doença em quatro fases: pré-sintomática, inicial, intermediária e avançada. Cada fase não tem uma duração específica, e os sintomas descritos em cada fase podem aparecer nas outras fases, igualmente. A doença se manifesta de forma singular e seu recorte em fases é uma construção teórica para permitir uma discussão e reflexão acerca de um constructo abstrato. É importante salientar que as explicações propostas aqui e em outros trabalhos a respeito do desenvolvimento da doença são generalistas e de modo algum abarcam a complexidade das vivências de pacientes e familiares.

Fase pré-sintomática: envelhecimento e *après-coup*

Já naquela época, mais de um ano antes, havia na cabeça dela, não muito longe das orelhas, neurônios que vinham sendo estrangulados até a morte, em demasiado silêncio para que ela os ouvisse. Alguns diriam que as coisas corriam tão insidiosamente mal que os próprios neurônios desencadearam os acontecimentos que levariam a sua

própria destruição. Se foi um assassinato molecular ou um suicídio celular, eles não puderam alertá-la para o que estava acontecendo antes de morrerem. (GENOVA, 2007, p. 8).

Existe uma fase pré-sintomática, no desenvolvimento da doença de Alzheimer, na qual mudanças neuronais estão em curso, são aparentes em exames de imagem, contudo, tais mudanças ainda não se transformaram em sintomas clínicos. Podemos compreender que, nesse momento, o paciente já é portador da doença, porém, esta só se manifestará depois de um evento traumático na vida do sujeito. Retomando a ideia de séries complementares de Freud, podemos pensar que o aparecimento de uma doença complexa como o Alzheimer se daria de modo multifatorial, levando em conta um fator biológico, um fator social (associado ao amparo encontrado nos objetos externos) e um fator interno, intrapsíquico (relacionado com a história da construção do Eu, desde seus primórdios).

Não há, nessa fase, um exemplo clínico que poderíamos citar, pois o sujeito vive uma vida normal, sem manifestação de sintomas. No entanto, de maneira silenciosa, uma mudança neurológica ameaça sua forma de pensar e a coesão de seu Eu. Partindo da hipótese de que a eclosão dos primeiros sintomas pode estar ligada com um acontecimento traumático no presente, é possível supor que, se o sujeito encontrar amparo nos objetos internos e externos, para lidar com os conflitos do envelhecimento, com a ameaça ao narcisismo gerada pelas mudanças no corpo e da imagem de si e pelas perdas reais e simbólicas, o momento de eclosão dos primeiros sintomas da doença seria postergado.

Estudos mostram que processos neurodegenerativos estão ligados ao estresse e

à angústia. Esses sentimentos liberam hormônios e neurotransmissores da família dos glicocorticoides. O excesso de glicocorticoides é tóxico e destrói neurônios e estruturas cerebrais. Esse fenômeno bioquímico desencadeia o sintoma de perda de memória e de perda de capacidade de regulação hormonal. As perdas neuronais no nível da amígdala afetam os comportamentos voltados para as emoções, como a agressividade e a capacidade de reconhecer códigos sociais (DELAMARRE, 2007).

Dentro de uma compreensão psicanalítica, podemos pensar que a psique consegue lidar com certa quantidade de energia, que, ao transbordar, desemboca em uma situação de trauma capaz de levar a uma desorganização psíquica, a qual pode ser definitiva ou provisória. Esse excesso de energia pode vir tanto de pulsões internas que não conseguem encontrar objetos de investimento e superinvestem funções do próprio aparelho psíquico (como no caso da alucinação) quanto de fora, de eventos da realidade, como uma mudança

de residência, por exemplo, que demandam do aparelho psíquico certa plasticidade, certa capacidade de se adaptar a uma vida nova.

Verdon (2010) retoma a metáfora utilizada por Freud, na qual o aparelho psíquico é comparado a um cristal: ao longe, apresenta uma coesão sólida, porém, de perto, é possível ver linhas de fraturas quase invisíveis, que vão determinar a maneira como o cristal, ou o aparelho psíquico, vai quebrar frente a um trauma. Ao estudar o fenômeno do luto, Freud (1917a/2006) já advertia que, em face de um evento traumático, o aparelho busca se deixar afetar, se modificar, se transformar, para dar conta de uma nova realidade externa ou interna, caso contrário, poderia rachar como um cristal.

A noção de *après-coup* e de temporalidade psíquica, na psicanálise, nos ajudaria a perceber que a experiência do traumático poderia se dar no momento do envelhecimento, ante um evento aparentemente banal, mas que estaria intimamente ligado com situações primitivas que só ganham seu sentido traumático *a posteriori*. Algo do exterior faz eco com conteúdos recalçados do sujeito, lembranças encobertas, afetos e representações que podem receber uma recarga libidinal, tornando-se, de repente, mais presentes na vida do sujeito. Com essa intensidade libidinal, o sujeito procura amparo em objetos externos e internos que poderiam vir em auxílio na elaboração dessas dores. Se os recursos externos e psíquicos não conseguirem dar conta de elaborar essas situações, possível que o sujeito se encontre frente a uma experiência que ganha conotação de traumática e, por conseguinte, para se proteger da angústia, use mecanismos de defesa cada vez mais danosos para o funcionamento do Eu.

A noção de *après-coup* ou *a posteriori* (*Nachträglichkeit*) é usada para explicar a causalidade psíquica. Experiências novas, do presente, podem dar novo contorno, nova significação a impressões de experiências do passado. Essa reinscrição de uma experiência do passado no presente pode permitir uma nova compreensão em relação à experiência e à noção de Eu do sujeito, ou, se a experiência do passado retornar com muita força, pode causar uma desorganização psíquica. Quando focalizamos o conceito de *a posteriori*, estamos remetendo ao mecanismo de defesa do recalque (*Verdrängung*), pois o que está em jogo no momento do *après-coup* é um levantamento do recalque e a entrada, na consciência, de uma lembrança que tinha sido recalçada e que ganha a oportunidade de ser reelaborada (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Conforme Green (2000), o estudo do sonho (FREUD, 1900/2001), que funda a ciência da psicanálise, possibilita a descoberta de uma nova maneira de pensar a temporalidade humana, uma temporalidade desmembrada, na qual passado, presente e

futuro afetariam a psique humana, simultaneamente. No entanto, quando Freud (1915b/2006) trabalha a questão do recalque, a sucessão cronológica do tempo continua resguardada, pois algo do passado poderia ser apenas guardado e redescoberto no presente. Já quando postula as fantasias originais como organizadoras da sexualidade humana e a fixação da libido como organizadora da neurose, mostra que o tempo no aparelho psíquico não é cronológico, uma vez que questões do passado estão constantemente sendo reatualizadas nas experiências do presente. Segundo Green, a experiência psicanalítica do tempo seria a de um “tempo despedaçado”¹⁶, ou seja, não linear.

Dentro dessa visão, a história seria multidirecional, uma descontinuidade, e não uma sucessão de eventos cronológicos. A etapa inicial da vida deixa traços não rememoráveis, mas com vocação para repetição, os quais ressurgem a todo momento, de forma disfarçada. Assim, o tempo no qual acontece o evento não é o tempo em que ele é significado. O significado da experiência vivida vem sempre depois, *a posteriori*, fortalecendo a reflexão sobre uma temporalidade pluridimensional, uma “arborescência” ou heterocronia (GREEN, 2000, p. 185).

Além de uma experiência pluridimensional da temporalidade vivida internamente, a passagem do tempo seria sentida de maneira diferente pelas três instâncias do aparelho psíquico, o que torna o conceito de tempo ainda mais complexo. Tendo em vista a ideia da alteridade, fundante para a psicanálise, a ideia de um outro em mim, do conflito psíquico entre instâncias que funcionam de forma distinta, a vivência de tempo não poderia ser poupada desse conflito. Como elaborado no Capítulo 1, em 1923, Freud aumenta a complexidade de seu modelo de aparelho psíquico, introduzindo a segunda tópica (Id, Eu e Supra Eu). O Id seria o lugar das pulsões, representantes no psiquismo de necessidades provenientes do corpo que buscam constante satisfação. O Eu seria criado no contato do Id, regido pelo princípio de prazer, com a realidade que frustraria os desejos. Essa nova função do aparelho psíquico permitiria que o Eu funcionasse em acordo com o princípio de realidade, postergando a satisfação dos desejos numa negociação com a realidade.

Nessa nova configuração, no Id, a passagem do tempo não seria sentida de forma cronológica, como para o Eu. A diferença entre a experiência subjetiva da passagem do tempo e a passagem cronológica do tempo pode gerar grande conflito, no envelhecimento. Como vimos no Capítulo 1, pode existir uma defasagem entre as mudanças corporais causadas pela passagem do tempo cronológica e a imagem de si interna. No Capítulo 2, abordamos a questão da passagem do tempo, no processo de luto. O envelhecimento pode ser sentido como um

¹⁶ Tradução livre do francês *temps éclaté*.

momento no qual o sujeito nunca tem “tempo” suficiente para elaborar as mudanças geradas pela passagem do tempo e, por isso, encontra-se sempre “atrasado” no processo de aceitação da passagem do tempo. Nessa linha, seria possível pensar que, no envelhecimento, o sujeito se veria frente a um conflito cada vez mais intenso, pois uma parte de si se sente onipotente, puro desejo em busca de satisfação, e outra parte perceberia que os meios para a satisfação dos desejos se restringiram. O corpo e o olhar do outro, que antes podiam oferecer meios para uma relativa satisfação, sofrem transformação. O sujeito se vê fazendo uma negociação entre o que sempre foi e se recusa a deixar de ser (Id), o que gostaria de ser e não poderá mais ser (Ideal de Eu) e a realidade, a qual se torna mais árida, oferecendo menos objetos para ligação.

Serge André (2010) mostra que a noção de tempo externo e interno é adquirida por meio da relação com o outro. Do mesmo modo como foi construída, pode ser desconstruída. Passado, presente e futuro não são conceitos naturais (com os quais nascemos) e podem, a todo o momento, entrar em xeque. A temporalidade não é um dado imediato da vida psíquica, contudo, é um resultado desta. Tal noção de se ter e se viver dentro de uma história pode esvanecer a todo o momento.

O *Nachträglichkeit* pode ser entendido como uma experiência infantil que aconteceu em um momento no qual o Eu ainda estava em constituição, ainda estava se separando do Id e, assim, não era capaz de tratar, ou elaborar, as experiências vividas. Freud sustenta que esses conteúdos tenham sido diretamente estocados no Id, sem receber nenhum ou pouco tratamento do Eu, constituindo, assim, o recalque originário, distinto de outros conteúdos que serão recalcados depois, já tendo sido transformados pelo Eu.

Ante um evento externo que causa um golpe (*coup*), segue um eco em um desses conteúdos do recalque originário, o qual é convidado a vir à consciência para ganhar, pelo Eu, o contorno que nunca recebeu. Dentro dessa lógica, fica implícito que o golpe do *après-coup* já transforma o conteúdo que traz à tona só pelo fato de trazê-lo à consciência. Nesse sentido, a noção de trauma seria, primeiramente, uma noção econômica, uma quantidade de energia solta que emergiria à superfície. O trauma aconteceria nesse segundo tempo, no tempo do presente, que é frequentemente chamado de Tempo 1 (T1) do trauma. É nesse momento, *a posteriori*, que o aparelho psíquico seria confrontado com a excitação proveniente desse evento do passado que tinha ficado guardado. O evento do passado é chamado de Tempo 2 (T2) do trauma. André (2010) propõe a nomenclatura (T) 0 para falar desse momento originário do trauma, a meu ver, de maneira muito esclarecedora, pois consegue mostrar que o evento se situa num momento cronológico anterior a T1, e também, ao colocar o T entre parênteses, mostra que nesse momento originário não existia noção de tempo, tampouco uma história na qual esse evento poderia se inscrever de maneira lógica e coerente. (T) 0 só fará parte da

história do sujeito num momento posterior a T (1), quando poderia então ganhar um novo estatuto de T (2). Desse modo, a experiência do *après-coup* aumenta o passado, adicionando um pedaço à história do sujeito. Quando esse fenômeno se refere a traumas muito precoces, participa na gênese da temporalidade, na invenção do tempo. No primeiro caso, leva o sujeito a completar, desvelar, transformar a narrativa a respeito de sua história; no segundo, abre para a possibilidade de historicização, de se ter uma história.

A temporalidade do *après-coup* acontece sobre o fundo da atemporalidade infantil, da atemporalidade do inconsciente. O infantil diz respeito a conteúdos inconscientes que foram recalcados em um momento quando ainda não existia um processo de simbolização adequado para dar sentido às experiências. O envelhecimento, assim como a puberdade, poderia ser pensado como um momento propício para que essas experiências do infantil retornassem à superfície. O corpo exterior e a imagem de si interior ficam estranhas. O golpe exterior pode ser um momento de estranhamento, uma experiência que faz eco com um conteúdo do recalque originário, que, dessa maneira, ao ressurgir à superfície, traz um golpe de dentro. Fica claro que o conceito de trauma psíquico enfoca dois golpes – um que vem antes e um que vem depois (ou um que vem depois e desvenda o que veio antes, fazendo-o surgir pela primeira vez) e também um que vem de fora e um que vem de dentro.

Num primeiro momento, podemos imaginar que, em face do transbordamento da excitação ligada à experiência do traumático, o aparelho psíquico fará uso de objetos externos e internos para canalizar essa energia. Seria um momento de se encarar a verdade do qual não é fácil se recompor, porém, simultaneamente, é uma oportunidade de tratamento de uma neurose infantil, porque abre para um possível trabalho de elaboração. Entendemos, assim, que alguns idosos passam por um momento de crise, de grande trabalho psíquico, tendo de lidar com questões relacionadas a experiências primitivas do recalque originário despertadas por experiências do presente associadas às modificações do corpo, à sexualidade, à perda, à finitude. Para esses sujeitos, o envelhecimento poderia ser significado como um momento de grande transformação, possibilitando uma maior compreensão de sua história, através de um inesgotável processo de simbolização. O aumento da excitação poderia se traduzir em novos investimentos objetivos internos e externos, em novos processos de sublimação, em desvelamentos de partes de si que teriam sido desconhecidas desde então, como no caso de um idoso, que, frequentando o centro de

atividades para idosos, encontra uma nova vocação como dançarino e faz disso o centro de sua vida.¹⁷

Já no caso de sujeitos que encontrariam dificuldades na construção de uma temporalidade, a aceleração do tempo, no sentido de demandas por simbolização de traumas que vêm à superfície, teria um efeito desastroso. Sem história não se tem um saber sobre o tempo. Diante da finitude, da inversão das gerações, dos processos de regressão, ficaria escancarada a fragilidade da gênese psíquica da temporalidade para aquele sujeito. A temporalização é o resultado do bom funcionamento psíquico e não o contrário. A noção de tempo e a inscrição numa história constituem o resultado de um encadeamento de experiências psíquicas ligadas à presença/ausência, encontro/desencontro, que, em suas sutilezas, criam experiências de temporalidade singulares.

Muitos relatos de familiares de portadores da doença de Alzheimer versam sobre o fato de que uma parte da pessoa ficou presa no tempo, ficou em estado melancólico, ficou atada a uma perda que nunca pôde ser aceita:

Esta amiga comentara comigo que as três pessoas que conhecia com Alzheimer tinham algo em comum – a incapacidade de superar uma perda. A primeira, sua própria avó, ficara viúva aos vinte e poucos anos e nunca mais se casara; já velhinha, tirava da gaveta o retrato do marido e o beijava. A outra pessoa era um conhecido seu, que ainda jovem perdera o pai – uma figura forte e sua principal referência – e nunca deixará de sofrer por isso. A terceira pessoa era minha mãe. Mamãe sempre carregou consigo, como um manto, o luto pelo abandono de meu pai, luto sem morte, talvez ainda pior, porque a morte é uma dor acabada, e portanto uma dor limpa. “Sou viúva de marido vivo”, dizia. (SEIXAS, 2013, p. 45).

Ou, como no caso de Cécile Huguenin, que tenta encontrar respostas, entender as razões que levaram seu marido, Daniel, a ter uma demência:

Se eu não tenho acesso a seu passado, por outro lado, conheço a experiência dolorosa que ele guardou sob várias espessuras de silêncio. A morte de seu filho adolescente. Eu tentei me aproximar de seu sofrimento, mas eu dei de cara com uma recusa. A sua maneira tão doce, quanto teimosa e imperiosa, ele se fechou sozinho sobre sua perda. Uma esposa atenciosa conseguiu lhe dar apoio, o acompanhar, compensar a deficiência do outro. Um casal manco, cego, amputado inventa caminhos na vida ordinária. Mas um casal kamikaze, do qual um avança sorrindo com uma bomba dentro do coração, está condenado à desintegração. Será que eu deveria ter feito a bomba explodir antes de ele implodir? Podemos vestir nossos medos de nobres palavras, respeito, cuidado, pudor, ou das menos respeitáveis, covardia, recusa, descuido. O buraco aberto na têmpora de seu filho engoliu sua memória, e a doença do *como se*, como se nada tivesse acontecido, como se tal horror nunca tivesse acontecido, nos separou para sempre. (HUGUENIN, 2011, p. 50).

Esses relatos corroboram a hipótese apresentada no Capítulo 2, que gira em torno do trabalho de Goldfarb (2004,) de que, no escopo na teoria psicanalítica, perdas não

¹⁷ Cf. CHERIX (2013).

elaboradas ao longo da vida contribuem para o aparecimento de quadros de depressão grave e de pseudodemência. Nesta tese, podemos dar um passo adiante e supor que a fase pré-sintomática tem uma duração que varia, pois a eclosão dos primeiros sintomas estaria ligada com eventos emocionalmente significativos da vida do sujeito. A passagem para a fase inicial da doença, ou seja, para os primeiros episódios de perda de memória, pode ser facilmente ligada pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde a um evento emocionalmente significativo na vida do sujeito. Esse evento pode funcionar como uma gota d'água, já que, se ligado a afetos traumáticos do passado, por meio do processo de *après-coup*, pode ganhar uma intensidade surpreendente, sobrecarregando o aparelho psíquico de uma energia que busca ligação, de afetos que buscam representações.

Fase inicial – Esquecimento, angústia e recalque

Hoje de manhã esqueci a senha do meu cartão. Não apenas a senha mas também a estratégia de memorização que eu usava para lembrá-la. E o caminho que meus dedos teriam que fazer no painel. Estou atônito diante do caixa eletrônico. Completamente abalado. Nova tentativa? Que tentativa? Nenhuma lembrança. Sem a menor pista. Como se a senha nunca tivesse existido. Pior, como se ela existisse em outro lugar, um lugar ao qual eu não tinha acesso. Pânico misturado com fúria. Continuo na calçada, diante da máquina, sem saber o que fazer. Atrás de mim estão impacientes. A máquina devolve o meu cartão. Eu digo: “Acho que ela não está funcionando”. Me envergonho por ter pronunciado esta frase, por me sentir obrigado! Parto, me apoiando no muro. Perdi tudo: memória, dignidade, autocontrole, maturidade, estou completamente destituído. Esta senha era eu. (PENNAC, 2012, p. 295)

Na fase inicial da doença, o acúmulo de placas senis e a degenerescência neurofibrilar já podem ser diagnosticados por imagem. Essas lesões corticais existem também no envelhecimento normal, mas em densidade diferente. Na demência tipo Alzheimer, a proteína Tau, encontrada nos emaranhados neurofibrilares, é quimicamente modificada, fosforizada. Fisiologicamente, assistimos a uma perda de neurônios na camada superficial do córtex e à redução do número de sinapses. Essas mudanças bioquímicas vão engendrar os sintomas conhecidos do início da doença, que, normalmente, levam a família a procurar um médico e fazer o diagnóstico.

O sintoma mais relacionado à doença de Alzheimer é a perda da memória episódica. É essa memória que faculta associar uma informação nova a um contexto, colocá-la numa narrativa de tempo e espaço, fazendo com que nós tenhamos a impressão de que as informações da nossa memória estão organizadas cronologicamente.

Em paralelo a essa modificação na maneira como a memória funciona, também vemos uma modificação na linguagem. Afasia é o termo utilizado para descrever a dificuldade ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual. Essa dificuldade se manifesta pela substituição de uma palavra que esteja associada pelo significado (por exemplo, tempo, em vez de relógio), empregando a palavra errada, mas que soe de modo familiar (por exemplo, barco, em vez de marco), ou usar uma palavra completamente diferente, sem relação aparente. O resultado pode ser acompanhado de ecolalia (a repetição involuntária de palavras ou frases ditas por outra pessoa) e pela repetição constante de uma palavra ou frase (RIGO, 2013).

O sujeito passa a apresentar dificuldade na compreensão da linguagem. Isso acontece porque, quando uma informação chega pela percepção (um som, uma imagem), atinge primeiro a memória de curto prazo, que é um local onde as informações são guardadas por um tempo limitado (no máximo, sete informações, por, no máximo, dez segundos) e tratadas. Essa primeira etapa da memorização, chamada de captação, se mantém intacta na doença de Alzheimer. Nesse local, a informação é esquecida, se ela é julgada não importante, ou estocada na memória de longo prazo, se ela se conectar com lembranças, ou seja, se tiver um sentido para o sujeito. Assim, para ser estocada na memória, a informação passa por um processo de codificação, no qual é transformada de percepção em traço mnêmico.

Com a instalação da doença de Alzheimer, perde-se a capacidade de fazer a codificação e, desse modo, de estocar novas informações na memória, que seria a terceira fase da memorização, a fase de fixação. Quase tudo que é percebido é esquecido, não é mais codificado e estocado na memória de longo prazo. Dessa forma, o paciente é capaz de se lembrar de coisas do passado com detalhes impressionantes, como o primeiro dia em que foi à escola, por exemplo, porém, é incapaz de lembrar se almoçou ou não. Isso acontece, porque as lembranças antigas foram estocadas há muito tempo, contudo, as novas experiências não conseguem mais ser inscritas na memória.

Segundo Michon e Gargiulo (2003), os portadores da doença de Alzheimer reclamam mais dos esquecimentos imediatos e menos da memória ligada ao passado, que passam a valorizar muito. Alguns sujeitos relatam que a memória relacionada ao passado até melhorou: “Tenho a memória de uma época passada, uma memória muito rica. Têm coisas que retornam e que eu nunca soube antes, da minha infância, é incrível. Ou de um

antigo filme, da minha família, minha casa, de coisas que aconteceram e que eu havia a muito esquecido... são reminiscências que me vêm do coração.” (s.p.).

As autoras enfatizam que, em paralelo a esse investimento repentino em lembranças que se encontravam encobertas, presenciamos o retorno de eventos dolorosos ligados à guerra, à deportação, ao abandono, traumas de infância e lutos não elaborados. Afirmam que as feridas atuais reatualizam as do passado. Os sentimentos de vergonha e humilhação, vividos como consequência do aparecimento dos sintomas da doença, reativam lembranças de situações de desamparo.

A personagem Alice fala de sua sensação na fase inicial da doença, em que experimenta perda de memória recente, porém, lembranças antigas irrompem à sua consciência de maneira muito nítida:

Suas lembranças daquela época eram vividas, perfeitamente intactas e disponíveis. Chegavam a ser quase arrogantes no jeito de lhe ocorrerem, plenas e prontas, como se não tivessem conhecimento da guerra travada poucos centímetros à esquerda. (GENOVA, 2009, p. 148).

Podemos intuir que, além da dificuldade com a memória recente, na fase inicial da doença, assistimos igualmente a um afrouxamento do mecanismo de defesa do recalque. Isso explicaria o retorno de lembranças dolorosas que até então eram mantidas encobertas, afastadas da consciência. Seguindo a reflexão apresentada no Capítulo 2, de que uma das funções do Eu é a da inibição de uma realidade interna para dar espaço à realidade externa, podemos supor que, com o avanço da doença, a realidade externa se faz menos presente, já que as novas percepções não viram registros mnêmicos, não são incluídas nas cadeias associativas. Essa falta de presença de informações novas vindas da realidade externa poderia propiciar um maior investimento em representações internas e abrir espaço na consciência para lembranças que estavam recalçadas. A libido busca formas de escoamento e, na falta de percepções externas, pode hipercatexisar conteúdos do Id, ajudando-os a emergir na consciência.

Nessa fase, o paciente está plenamente consciente de suas dificuldades, de sua perda de memória, e se preocupa com essa situação. É comum o sujeito diminuir suas atividades, para tentar esconder seu problema – como evitar sair de casa, por exemplo. Além dos esquecimentos, defronta-se com uma crescente dificuldade de atenção e concentração, o que deixa as atividades do dia a dia mais difíceis.

Pennac (2012) relata sua reação frente à perda de memória:

Ontem à noite eu estava em plena argumentação na casa dos R. – não importa o assunto – eu estava liderando a conversa, estava a dois passos de convencer a todos quando de repente... a palavra me fugiu! Memória bloqueada. Uma armadilha se abre sob meus pés. E eu, invés de recorrer à perífrase – à criação –, procuro como um idiota a palavra perdida, interrogo minha

memória com a fúria de um proprietário roubado; exijo que ela me devolva a palavra correta! E procuro esta porcaria de palavra com tal obstinação que, quando, vencido, opto pela perífrase, é o assunto inteiro da conversa que eu esqueci! Para minha sorte já discutiam outra coisa. (PENNAC, 2012, p. 258).

Alguns pacientes relatam a angústia de não poderem mais confiar na própria memória, de estarem sempre à espreita, verificando o olhar dos outros, para verem se não deixaram escapar nenhum comportamento suspeito. Nessa fase inicial da doença, o sujeito tem consciência de suas perdas e das consequências do diagnóstico da doença, e tenta escondê-la pelo máximo de tempo possível.

Conforme Michon e Gargiulo (2003), diante do sofrimento causado pelo sintoma da perda de memória, é preciso dissimular, tentar contornar o problema. É possível usar a perífrase, ficar calado ou dar risada. Por curtos momentos, o sujeito pode tomar consciência de suas dificuldades e sofrer. Por outro lado, como um mecanismo de defesa, de proteção, o sujeito vai negar suas dificuldades. Segundo as autoras, pode ser difícil diagnosticar se essa negação tem a ver com um esquecimento ligado à perda de memória, o qual faz com que a pessoa esqueça os sintomas da própria doença, ou se seria um mecanismo de defesa, usado pelo aparelho psíquico, para proteger o sujeito do sofrimento. Para elas, a banalização aparece como uma maneira de o doente ou o familiar se proteger da gravidade da doença.

Genova (2007) conta a reação da personagem Alice, na consulta, depois de a médica ter feito uma série de perguntas a ela, que, para o leitor, não deixam dúvidas a respeito do seu diagnóstico da doença de Alzheimer. Podemos identificar, nesse trecho, o fenômeno da banalização:

Alice observou a médica atentamente. Sua confissão não parecia impressioná-la em absoluto. A dra. Moyer recebeu as informações como um padre que ouvisse um adolescente confessar ideias impuras a respeito de uma garota. Era provável que ouvisse aquele tipo de queixa de pessoas perfeitamente sadias inúmeras vezes por dia. Alice quase pediu desculpas por ser tão alarmista, boba até, e fazer a médica perder tempo. Todo mundo esquecia essas coisas, especialmente ao ficar mais velho. Somando a isto a menopausa e o fato de ela estar sempre fazendo três coisas ao mesmo tempo e pensando em outras doze, aqueles lapsos de memória de repente lhe pareceram pequenos, corriqueiros, inofensivos e até razoavelmente esperáveis. Todo mundo ficava tenso. Todo mundo sentia cansaço. “Todo mundo esquece coisas”. (GENOVA, 2007, p. 42).

Desde o início do romance *Para sempre Alice*, como é o caso também no filme, fica claro desde o primeiro capítulo que Alice tem a doença de Alzheimer. Porém, de setembro a março, o que corresponde aos capítulos iniciais do livro, acompanhamos a personagem se defrontar com cada sintoma – perda de memória, dificuldade com a linguagem, falta de concentração e perda da noção de tempo e espaço – e usar de mecanismos de defesa para negar ou reduzir o impacto dessas inquietações, as quais

teimam em emergir em sua consciência. O processo é longo, até ela finalmente aceitar o diagnóstico e poder contar para o seu marido, que, em seguida, também nega a realidade por um longo período de tempo até poder aceitá-la.

Em 1925, Freud escreve o artigo “A negativa” (FREUD, 1925b/2007), no qual nos apresenta um mecanismo de defesa que possibilita certos conteúdos de virem à consciência, porém, em forma de negação, como nos exemplos acima. Assim, pensar ou dizer que não se está com a doença de Alzheimer seria uma maneira de entrar em contato com essa informação, mas de forma protegida, negando-a:

[...] o conteúdo recalcado de uma ideia ou pensamento pode penetrar na consciência, desde que seja negado [verneinen]. Isso porque a negativa [Verneinung] é uma maneira de tomar conhecimento do recalcado em um plano apenas intelectual. O que está em jogo, nesse caso, é só uma suspensão do recalque, naturalmente ainda não sua plena aceitação [Annahme]. Esse fenômeno nos mostra como a função intelectual se separa do processo afetivo. Na verdade, com a negativa, somente um dos resultados do processo do recalque é revertido: aquele que impede que o conteúdo da ideia alcance a consciência. Disto resulta, então, uma aceitação apenas intelectual do recalcado, o essencial do recalque permanece intocado. (FREUD, 1925b/2007, p. 147).

Freud explica que esse mecanismo entra em ação, pois queremos colocar para fora de nós tudo o que não nos dá prazer. Também frisa que a percepção não é um processo passivo, porque o Eu precisa investir o sistema perceptivo para provar e testar os estímulos recebidos.

Nessa perspectiva, ao entrarmos em contato com o que poderia ser a vivência de certas pessoas, ao experimentarem os primeiros sintomas da doença e Alzheimer, chegamos ao conceito psicanalítico de angústia. Podemos pensar que tanto a situação da fase pré sintomática, na qual o sujeito depara com um evento com o qual não consegue lidar, quanto a situação da fase inicial, quando enfrenta sintomas de perda de memória e o diagnóstico de uma doença degenerativa, são situações suscetíveis de gerar angústia.

Nas palavras de Pennac (2012):

Estes esquecimentos se repetem cada vez mais... Bloqueio repentino no meio de uma frase, silêncio estúpido diante de um desconhecido que grita alegre o meu nome, confusão diante desta mulher amada no passado, mas que hoje seu rosto não me diz nada (minhas amantes não foram tão numerosas assim, portanto!), títulos de livros esquecidos assim que quero citá-los, objetos perdidos, promessas que fiz e que reclamam que eu não cumpri... tudo isto que me afeta, é muito desagradável. Mas o que me exaspera mais é este estado de animal a espreita que me traz o medo de esquecer o que vou dizer numa conversa que nem sequer começou. (PENNAC, 2012, p. 317).

Como se sabe, a angústia é um dos conceitos centrais para a formulação de uma concepção psicanalítica sobre o adoecimento psíquico. Desse modo, o conceito de angústia

permeia toda a obra de Freud. Em 1926, o conceito ganha uma nova formulação, na qual a angústia é produzida no Eu e serve como defesa em situações de perigo. Assim, a angústia nasce no Eu e provoca a ação do recalque, visando a recalcar representações ou afetos que geraram a angústia, excluindo-os da consciência.

Todavia, essa angústia também pode vir de fatores externos, que levariam o Eu a se sentir numa situação de desamparo. Pelo "princípio de constância", o aparelho psíquico está incessantemente procurando caminhos para se livrar do excesso de excitação. Segundo Loffredo, essas trilhas elaborativas previnem o psiquismo de se haver com uma situação traumática, de transbordamento. Nesse sentido, a angústia pode ser entendida tanto como consequência de um fator traumático como sinal de ameaça de um novo trauma. A angústia que surge no Eu vem tanto da pressão do Id como da pressão da realidade, como da pressão do Supra Eu. Ela está igualmente ligada ao perigo de maus tratos e à morte, assim como ao sentimento de desamparo. Loffredo (2014) comenta o texto de 1926:

[...] a definição de situação traumática articula-se a conceituação de desamparo e se reporta a um afluxo de excitação, proveniente de fontes endógenas ou exógenas, que deixam o eu completamente fora de controle, situação propícia a irrupção da descarga denominada angústia automática. (LOFFREDO, 2014, p. 314).

Num primeiro momento, o Eu se previne contra esse excesso que seria incontrollável, por meio do uso dos mecanismos de defesa. Num segundo momento, diante de intensidades excessivas que rompem os escudos protetores, o Eu pode ser lançado numa regressão a pontos de fixações anteriores da libido. É a intensidade desses pontos de fixação que determinará qual mecanismo de defesa será usado e que processo de formação de sintomas surgirá:

Se na equação etiológica de 1895 (Freud, 1895/1989), no âmbito das pesquisas mobilizadas pelas neuroses atuais, o fator etiológico específico para as neuroses de angústia eram os distúrbios da vida sexual atual, a tônica é bem diversa na concepção de causa específica, segundo a “série complementar” de 1917: o fator específico neste caso é a fixação, determinada pela relação complementar entre a disposição herdada e as ocorrências infantis. O conflito e a frustração, correspondentes a experiências acidentais traumáticas da vida adulta, são, como complemento da fixação, apenas o fator desencadeante das diversas modalidades de sofrimento psíquico. Também é evidente que o sentido do que sejam essas “vivências”, como componentes do quadro complexo que fundamenta a formação de sintomas, se articula ao papel fundamental do que foi definido como realidade psíquica. (LOFFREDO, 2014, p. 335).

A autora identifica três tempos diferentes na produção teórica de Freud sobre a angústia. O primeiro, em 1895, quando a angústia é apresentada como uma simples descarga somática. O segundo, em 1909, quando a histeria de angústia é considerada um processo patológico independente, e a angústia aparece como um dos produtos possíveis

do recalque. E o terceiro, em 1926, posterior à segunda tópica, quando a angústia passa a ocupar um papel defensivo e é liberada pelo Eu, diante de situações de perigo, numa ameaça de ocorrência de uma situação traumática. A situação de desamparo é uma situação traumática propícia para o aparecimento da angústia:

[...] no âmbito das consequências teórico-clínicas do conceito de equação etiológica, a situação de conflito e frustração anuncia uma ameaça de situação traumática, vinculada a intensidades excessivas que podem romper os escudos-protetores, contexto em que o investimento da memória filogenética de castração circunscreve justamente a ameaça de uma situação de desamparo. Portanto, o papel defensivo que a angústia passa a ocupar é crucial, desde que o eu, sede da angústia, é capaz de emitir um sinal de alerta que coloca o processo defensivo em andamento. O mecanismo de regressão, que se instaura inicialmente, permite que o modo de operação ao qual a libido retorna por fixação (oral, sádico-anal, fálico) defina que mecanismos de defesa será utilizado e, consequentemente, que processo de formação de sintoma se efetuará. (LOFFREDO, 2014, p. 336).

Esse transbordamento de energia não ligada, essa preparação do corpo para uma situação de luta ou fuga é bastante presente nos quadros de Alzheimer, principalmente nos estágios avançados da doença. A angústia, como sinal de alarme, como reação a um estado de desamparo conhecido, está presente na fase inicial.

Fontanella e Darnaud (2015), ao comentar estados de angústia vividos por residentes com demência em uma instituição, afirmam que a perda de referências faz com que os pacientes possam ter reações paranoicas e, por meio de produções delirantes, projetem no espaço físico a insegurança interna. Para os autores, a angústia automática viria do Id, sem ter uma correspondência com o ambiente externo. Já a angústia sinal de alarme seria produzida no Eu e entendida como uma reação a um perigo externo. Assim, a presença da angústia sinal de alarme seria um indício da coesão do aparelho psíquico do sujeito, ainda capaz de distinguir dentro e fora e, dessa forma, um sintoma presente na fase inicial da doença.

Os autores dão o exemplo de uma residente, a senhora L., que apresentou os dois tipos de angústia. A angústia automática foi identificada quando a paciente exibiu um discurso delirante, girando em torno do tema da guerra, da morte de crianças e do desaparecimento de familiares. Já o aparecimento da angústia sinal de alarme estaria ligado ao ambiente. Na instituição, uma paciente costuma entrar no quarto dos outros residentes e pegar objetos. Ao vê-la, a senhora L. grita: “Nesta casa só tem loucos que pegam minhas coisas” – e esconde um gatinho de bibelô na sua bolsa. Aparentemente, a senhora L. ainda é capaz de processos de simbolização e de operações de defesa com respeito à angústia suscitada, inclusive pedindo aos funcionários uma chave para trancar seu quarto. De posse da chave, a angústia cessou.

No processo de afrouxamento do recalque, podemos nos ver numa situação recorrente, na qual os pacientes acreditam que pessoas do passado, já falecidas, estão vivas. Assim, esse retorno do passado no presente pode fazer com que revivam, nas situações do presente, o sofrimento relacionado à perda desses entes queridos. Uma paciente, durante anos de atendimento, me falava de sua mãe como se estivesse viva e, depois de algum tempo, talvez por ver algum traço na minha expressão, me perguntava se sua mãe estava viva. Eu dizia que não, que isso não seria possível, pois se ela estava com oitenta anos, sua mãe não poderia estar viva. Um véu de tristeza cobria seu olhar e a conversa continuava. Na semana seguinte, a mesma cena se repetia.

Um trecho do livro *Para sempre Alice*, no qual Lydia está cuidando de sua mãe Alice, enquanto seu pai John está no trabalho, ilustra esse ponto:

Havia alguma coisa errada. Onde está o John? – perguntou [Alice].

Lydia levantou os olhos da revista, com ar divertido, ou sem jeito, ou ambos. Alice não soube dizer.

– Ele deve chegar a qualquer momento.

– Então estamos esperando por ele.

– Hã-rã.

– Onde está Anne?

– A Anna está em Boston, com o Charlie.

– Não, a Anne, minha irmã, onde está a Anne?

Lydia a fitou sem piscar e toda a descontração lhe desapareceu do rosto.

– Mamãe, a Anne está morta. Morreu num acidente de carro com sua mãe.

Os olhos de Lydia não deixaram os da mãe. Alice parou de respirar e seu coração se apertou como um punho. A cabeça e os dedos ficaram dormentes e o mundo ao seu redor tornou-se escuro e estreito. Ela respirou fundo. O ar encheu-lhe a cabeça e os dedos de oxigênio, e também encheu seu coração de raiva e tristeza. Começou a tremer e a chorar.

– Não, mamãe, isso aconteceu a muito tempo, não se lembra?

Lydia estava falando com ela, mas Alice não conseguia ouvir o que dizia. Só conseguia sentir a raiva e a tristeza que lhe permeavam todas as células, o coração dolorido e as lágrimas quentes, e só conseguia ouvir sua própria voz dentro de sua cabeça, gritando por Anne e pela mãe.

John parou diante delas, encharcado de chuva.

– Que aconteceu?

– Ela perguntou pela Anne. Acha que elas acabaram de morrer.

John segurou-lhe a cabeça entre as mãos. Estava falando com ela, tentando acalmá-la. “Por que ele também não está nervoso? Já sabia disso há muito tempo, é por isso, e estava escondendo a notícia de mim.” Não podia confiar nele. (GENOVA, 2009, p. 149).

Esse trecho nos faz levantar duas questões. A primeira é em relação à repetição de cenas traumáticas, que, como identificado por Freud, em *Além do princípio do prazer* (1920/2006), parecem retornar à consciência para poderem ser reelaboradas, encontrarem formas de serem ressignificadas, de a energia da dor guardada poder ser ligada a novas representações. Este seria o trabalho da pulsão de vida, de ligação, aquém do princípio de prazer, ou seja, com o afrouxamento do recalque e com o aparecimento, no presente, de situações associadas ao desamparo, lembranças traumáticas emergem à consciência, buscando tratamento. O segundo ponto interessante é que, por se encontrar deslocada no tempo e no espaço, ou seja, por acreditar que está revivendo uma situação que aconteceu em sua juventude, Alice encontra-se distanciada da realidade vivida por seu marido e por sua filha. Segundo minha experiência clínica, essa situação é recorrente e o paciente se sente constantemente traído, como se as informações por ele esquecidas na verdade teriam sido escondidas por terceiros. Acredito que este é o mesmo mecanismo usado, quando os pacientes, diante da perda de algum objeto, acusam alguém próximo de roubo. De certa forma, essa explicação, ou forma de identificação projetiva, de colocar a culpa no outro, protege o paciente de entrar em contato com uma verdade dolorosa, com a gravidade de seus sintomas.

Podemos verificar que, no processo de envelhecimento, as situações de perda, separação e de desamparo se multiplicam. O golpe ao narcisismo como efeito das mudanças do corpo, a marginalização social, entre outros, já seriam motivos suficientes para tensionar o aparelho psíquico, mobilizando todas suas trilhas elaborativas à procura de dar conta das mudanças. Se a esse desafiante processo psíquico ainda acrescentamos os sintomas físicos, psíquicos e sociais ligados à doença de Alzheimer, as chances de um sujeito se sentir desamparado são muito grandes.

Pelo mecanismo de defesa do recalque, o sujeito consegue afastar da consciência ideias dolorosas a respeito da realidade que se insinua a sua frente, todavia, se o conflito psíquico aumentar, outros mecanismos de defesa podem ser chamados a atuar. É necessário lembrar que o conteúdo recalcado continua pressionando o Eu desde o Id e, dessa maneira, uma grande quantidade de conteúdo recalcado se transforma em bastante pressão para o Eu. Por isso, existe a angústia diante de uma ameaça de uma possível situação traumática, mas também uma angústia como consequência do recalque. A angústia está ligada à capacidade de simbolização, quando permite mobilizar defesas antes da catástrofe. Desse modo, o surgimento dos sintomas de demência também poderia ser entendido como uma defesa psíquica face a algo que não pode ser elaborado no sentido de

que, diante de uma percepção que a psique antecipa como possivelmente traumática, a angústia como um sinal, chamaria os mecanismos de defesa a atuarem. No caso da demência de tipo Alzheimer, um conjunto de mecanismos de defesa ligados à recusa é posto em prática. A propósito da demência como um sintoma, um mecanismo de defesa para evitar um sofrimento maior, podemos citar o trabalho de Goldfarb (2004). Na sua tese de Doutorado, levanta a hipótese de que, diante da crise do envelhecimento, o sujeito pode caminhar por uma via elaborativa, que lhe permite atingir uma nova posição subjetiva, ou por uma via regressiva, que se manifestaria pelo aparecimento de sintomas ligados a patologias no envelhecimento. A autora frisa a importância que fatores psicossociais teriam, no desenvolvimento de um quadro de demência. Para que um conflito se transforme em patológico, às mudanças externas que frustram e diminuem possibilidades de satisfação acrescenta-se uma frustração interna, que impossibilita um caminho de substituição e elaboração.

Baseada nos conceitos freudianos do desenvolvimento e regressão da libido, Goldfarb (2004) segue o pensamento de Piera Aulagnier, a fim de mostrar que a cultura dá um lugar e um destino ao homem, solidificando sua identidade. É a partir desse lugar social que o sujeito é dado pelo olhar dos outros que o sujeito pode saber quem é e projetar-se no futuro. Contudo, entre o Eu e seu projeto, sempre existe uma separação. O Eu presente é sempre incompleto frente ao Eu futuro, de modo que somos levados a lidar com a frustração de um reencontro impossível com esse Ideal sempre inatingível. Segundo Goldfarb (2004), alguns sujeitos, diante dessa dolorosa comparação com o Ideal, que as mudanças no envelhecimento podem fazer se distanciar ainda mais, podem optar por um empobrecimento das relações objetais, fazendo um sobreinvestimento narcísico face a tamanha frustração.

Para Aulagnier, existe uma construção histórica que estabelece uma ligação entre a emoção atual e uma emoção parecida que acompanhou uma experiência do passado. Essas emoções podem ser sentidas como se fossem a mesma, como se o tempo fosse abolido entre as duas experiências. Junto com a emoção mobilizada, surgem todas as lembranças do passado ligadas a ela, procurando ressignificação no presente.

Goldfarb (2004) apresenta a hipótese de os sintomas de alguns tipos de demência poderem ser concebidos como um triunfo da pulsão de morte ou da defusão pulsional. Um desinvestimento do ambiente, como a situação de aposentadoria, por exemplo, se alia em uma forte perda de autoestima, o que faz com que a libido liberada, flutuante, abra o campo à pulsão de morte destruturante. A autora cita Green para mostrar que, nesses casos, é possível teorizar que a pulsão desobjetalizante ataca todos os objetos investidos até chegar a atacar o

próprio Eu, na medida em que o Eu também pode ser entendido como um possível objeto de investimento, tema do próximo subcapítulo, que aborda a fase intermediária da doença de Alzheimer.

Na fase inicial da doença, a perda da memória é o sintoma principal. Como vimos, pessoas com Alzheimer têm dificuldade de registrar fatos novos, enquanto os fatos do passado surgem vivamente em sua memória, até mais do que antes:

Sei que estou com problemas de memória, me esqueço das coisas de todos os dias, se coloquei sal na comida, ou se fechei o gás, essas coisas, mas o mais estranho é que sinto que tenho uma grande memória, maior do que nunca, lembro tudo da minha vida, os detalhes de quando era pequena, da casa onde morava, de meus pais, da comida de minha mãe, até do cheiro eu lembro. Me lembro do cavalo do meu primo, das coisas que cultivávamos, dos vizinhos, da escola, tudo tudo, o tempo inteiro. (GOLDFARB, 2004, p. 48).

Em *Estudos sobre a histeria*, Freud (1893/1987) mostra que as histéricas sofrem de reminiscências, ou seja, as lembranças têm um grande poder sobre a manifestação dos sintomas de qualquer doença atual. Algumas representações podem ser “esquecidas”, através do mecanismo de defesa do recalque, porém, continuam exercendo seu poder desde o inconsciente. Nesse texto, Freud destaca o valor afetivo associado às representações. Toda impressão psíquica é acompanhada por um valor afetivo que pode ser expresso na hora, por meio de uma ação motora, ou pode ser guardado e se manifestará posteriormente, através de um sintoma. Pelo fato de o afeto e a representação poderem se separar e o afeto poder se expressar quando vinculado a uma representação distinta da que deixou, assistimos aos sintomas de histeria, contudo, também aos sintomas de comportamentos estranhos, nos quadros de demência, onde não fica claro por qual tipo de associação um afeto encontrou o caminho para se expressar, em tal situação. Assim, não é porque um comportamento não tem sentido para o observador que ele não tem um sentido para o sujeito que o manifesta.

Em *Projeto de uma psicologia* (1895/2003), Freud apresenta o aparelho psíquico como um aparelho de memória. A memória é descrita como a diferença quantitativa entre as facilitações dos neurônios *psi* (ψ), ou seja, caminhos facilitadores são escolhidos para descarregar uma quantidade de energia. Barreiras de contato oferecem resistência, permitindo o armazenamento de pequenas quantidades de energia. As facilitações formam uma cadeia neuronal complexa, com caminhos que se cruzam: os traços mnêmicos dizem respeito a esses caminhos mais usados. Assim, uma das ideias principais do texto é a de que os neurônios constituem uma base de sustentação para a unidade do sistema nervoso e, por essa cadeia de neurônios, circula uma energia que também pode ser armazenada. O aparelho é então composto de um sistema de percepção que recebe os estímulos externos, os quais são

repassados ao sistema da memória como signos de realidade. Esse sistema de memória se encontra, de certa forma, protegido, afastado dos estímulos externos. Trilhas se abrem, na medida em que a energia percorre sempre os mesmos caminhos e apresenta uma dinâmica entre células permeáveis, que não retêm a energia, e células impermeáveis. “Este sistema de células impermeáveis que, a cada excitação, por oferecerem resistência ao serem ‘tocadas’, se modificam em um estado diferente do anterior, constitui a origem da memória.” (GOLDFARB, 2004, p. 67). Essas células seriam capazes de aprender, no sentido de que o caminho escolhido pela energia será sempre o mais fácil, mais usado, mais repetido, e a memória estaria ligada com um maior investimento de energia em uma trilha em relação a outra. Dessa maneira, diante da tensão endógena (fome), a satisfação pode ser obtida com uma ação que promova que um objeto externo satisfaça esse impulso. Na falta desse objeto que possa trazer satisfação, uma trilha mnêmica ligada à experiência de satisfação pode ser investida de libido e o objeto pode ser alucinado, promovendo certa satisfação. A autora ainda ressalta que existe uma atração por marcas mnêmicas que tragam prazer, em oposição às que causam dor, e que, numa tentativa de rechaçar as lembranças dolorosas, se pode “perder a memória”.

Na *Carta 52* (FREUD, 1950), Freud distingue os traços mnêmicos que estariam sujeitos a um constante rearranjo, ou seja, uma sucessão de inscrições e retranscrições, energia que percorre a mesma trilha diversas vezes. Já as marcas, relacionadas a experiências de dor, não passariam por esse processo de retranscrição. Uma vivência seria então classificada como marca e não como traço mnêmico, quando a quantidade de excitação foi tamanha que excedeu a capacidade do aparelho psíquico de ligar essa energia. Nessa perspectiva, um traço é uma impressão que pode ser ativada por uma lembrança. Já a marca não entrou na cadeia associativa e não pode ser acessada como uma representação. A *Carta 52* amplia a noção de memória presente no *Projeto de uma psicologia*. Existem neurônios nos quais se originam as percepções e aos quais se liga a consciência; eles não retêm nenhum traço mnêmico dessas experiências. Já nos signos de percepção do sistema *psi* (ψ), acontecem as primeiras inscrições dessas percepções, ainda inacessíveis à consciência e orientadas pelas associações por simultaneidade. Finalmente, na consciência, ocorre uma segunda transcrição, ordenada não mais pelas associações por simultaneidade, mas por associações de causalidade. A percepção pode chegar a um último registro, na pré-consciência, para uma terceira retranscrição associada a imagens verbais. Estamos diante de uma sucessão de transcrições realizadas em diferentes registros que ordenam o material psíquico de acordo com diferentes lógicas. Dessa forma, os traços que sofreram retranscrições podem vir à consciência, desde que não despertem desprazer, já que fazem parte da cadeia de representações-palavra.

Em *Uma nota sobre o “Bloco Mágico”* (1925c/2007), Freud compara o aparelho psíquico a um bloco mágico, uma lousa, na qual o conteúdo pode ser anotado e apagado, a fim de abrir espaço para novas anotações. Não obstante, uma marca fica na placa referente ao traço que foi inscrito e apagado:

[...] a camada que recebe o estímulo – o sistema P. – Cs – não forma marcas permanentes; os fundamentos de nossas memórias se produzem em sistemas adjacentes. [...] não me parece disparatado comparar a dupla folha - composta de celuloide e de papel de cera - respectivamente à camada de proteção contra os estímulos e ao sistema P. Cs. Também podemos comparar a placa de cera ao nosso inconsciente, oculto atrás do sistema P. Cs. Além disso, podemos considerar o surgir e o apagar-se da escrita como sendo análogo ao acender e esvaecer da consciência na percepção. (FREUD, 1925c, p. 140).

Na situação da doença de Alzheimer, é possível pensar que, pelo acúmulo de proteínas no cérebro, o funcionamento do sistema perceptivo se encontra alterado. Não é possível dar os mesmos significados que se davam, antes, aos dados apresentados pela realidade. Podemos imaginar que as trilhas mnêmicas altamente investidas anteriormente encontram obstáculos para seu funcionamento; as células capazes de reter a energia, ou seja, de aprendizagem, não funcionam mais corretamente. Como verbalizado pela paciente de Goldfarb, cadeias associativas ligadas ao cotidiano, as que supostamente deveriam “ascender”, pois o aparelho psíquico está recebendo informações perceptivas em relação a elas, não são acessadas ou o são por uma duração de tempo bastante reduzida. Por outro lado, a energia que deveria percorrê-las parece seguir “novas” trilhas que não tinham tanto o hábito de serem percorridas, já que a pessoa tem a impressão de que está se lembrando de cenas do passado, de uma maneira mais vívida que antes.

Ao nos perguntarmos por que isso ocorre, podemos nos manter no registro da explicação orgânica e pensar que todos os processos cognitivos são impactados pelo acúmulo de proteínas no cérebro. Porém, se usarmos as ferramentas da metapsicologia freudiana para esclarecer o problema, levantamos a hipótese de que, por motivos orgânicos ou psíquicos (uso do mecanismo de defesa da recusa, por exemplo), as informações do sistema perceptivo não parecem mais ter o mesmo efeito sobre o sistema mnêmico. A energia passa a transcorrer por trilhas diferentes do habitual e, sem poder se fixar, pela falência das células impermeáveis. Com isso, estaríamos diante de um quadro no qual a informação não consegue se fixar e igualmente no qual as mesmas trilhas não são investidas, não existem mais caminhos facilitados, que incitem a energia a percorrê-los. A essa altura, todos os caminhos são iguais e a energia pode percorrer qualquer um deles. Ou melhor, se pensarmos no investimento na alucinação do objeto ausente na busca de satisfação, talvez, por falta do objeto externo ou falta de percepção do objeto externo, uma

trilha que possa promover a satisfação da pulsão dentro da lógica do princípio de prazer possa ser “escolhida” para ser investida. Essa hipótese corroboraria o relato de alguns familiares que falam de um estranhamento no modo de a pessoa falar e se expressar, a qual passa a se comportar de uma maneira nunca vista antes, inesperada, uma maneira na qual a pessoa passa a fazer o que tem vontade, sem se importar com as exigências sociais, como fazia antes. Esse lado inesperado e até de um novo egoísmo poderia estar associado ao fato de as trilhas exaustivamente repetidas não serem mais investidas.

O relato de Heloísa Seixas sobre os sintomas de sua mãe ilustra essa hipótese e mostra a lenta transformação entre o comportamento habitual de uma pessoa e um comportamento novo, inesperado, surpreendente:

Pois todos estes aspectos, bons e ruins, da personalidade da minha mãe começaram a mudar. Aos poucos, ela se transformou no avesso de si mesma, deixando aflorar tudo o que havia passado a vida negando ou escondendo. Onde havia liberalidade, surgiu um conservadorismo tacanho. A mulher seca foi dando lugar a uma pessoa manhosa, cheia de vontades, exigindo de filha e neta todos os abraços, beijos, carícias que nos tinham sido negados a vida toda. A mulher generosa se transformou em perdulária, muitas vezes comprando coisas inúteis e gastando dinheiro de forma compulsiva. A personalidade alegre se fechou em modos rípidos. Passou a implicar com tudo e com todos, brigou com os vizinhos, teve discussões na rua. Tornou-se medrosa, sensível a qualquer dor. E, de uma hora para outra, passou a exigir a melhor parte do frango. Durante esta fase de transformação da personalidade, que se estendeu por pelo menos cinco anos, muitas coisas aconteceram. Esquecimentos, trocas de nomes, teimosia, pirraça, mas tudo me parecia normal, coisa de quem está envelhecendo. Ela não estava louca. Apenas de vez em quando acontecia um episódio mais assustador, capaz de disparar dentro de mim um alarme, cujo ruído, ainda assim, eu procurava ignorar. (SEIXAS, 2013, p. 19).

Em 1898, Freud trata do esquecimento de nomes próprios como um produto do mecanismo de defesa do recalque, frisando que o lembrar e o esquecer estão diretamente ligados com a experiência de prazer e desprazer. Em *As lembranças encobridoras* (1899), o autor afirma que a memória só consegue visualizar os fatos da vida com certa lógica depois dos sete anos de idade. Também comenta da função das lembranças progressivas que escondem recordações prematuras, para proteger o aparelho do desprazer. O sintoma das doenças psiconeuróticas estaria, portanto, relacionado ao conflito e à formação de compromisso entre diversas camadas de lembranças.

Em *A interpretação dos sonhos* (1900/2001), Freud refina seu entendimento sobre a função da memória. Um primeiro sistema, uma camada externa do aparelho psíquico, recebe os estímulos perceptivos, porém, não os conserva. Um segundo sistema, o da memória, é capaz de guardar essas “excitações momentâneas”, em forma de marcas permanentes. Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914b), assinala que o paciente pode “recordar” algo que nunca foi esquecido, pois nunca chegou a ser consciente. Dessa forma, esquecer algo não tem apenas a ver com retirá-lo da consciência, entretanto, de uma

maneira mais ampla, tem a ver com dissolver conexões para impossibilitar acesso à consciência de certos conteúdos. Assim, podemos repetir e reviver algo sem saber que o estamos repetindo. O mecanismo de defesa do recalque impede que conteúdos “perigosos” venham à consciência. Desde o inconsciente, esses conteúdos encobertos fazem pressão no Eu, determinando escolhas de palavras, sintomas e comportamentos. É só por meio de um trabalho de simbolização, como o buscado pela análise, que é possível integrar esses conteúdos ao campo da consciência, ou seja, transformar a repetição em lembrança (GOLDFARB, 2004).

No envelhecimento, é possível imaginar que o tempo para os lutos se encurta e que o psiquismo é chamado a lidar com um excesso de excitação não metabolizável. Como uma defesa contra tais excessos, certos sujeitos caminhariam rumo a uma regressão libidinal até chegar a um desmoronamento do Eu, quando se encontrariam à mercê do narcisismo primário e mortífero. Nessa perspectiva, um primeiro contorno da psicopatologia psicanalítica à clínica das demências seria de afirmar que alguns processos demenciais poderiam ser entendidos como uma forma de defesa contra a depressão de final de vida, a qual incidiria em sujeitos que fracassariam no trabalho de luto. Uma depressão não cuidada poderia levar alguns sujeitos a experimentar uma situação de desamparo e, assim, como apontado acima, experimentar um excesso de excitação libidinal que, sem encontrar escoamento, seria danosa ao psiquismo, como as situações de angústia e de trauma discutidas no início deste capítulo.

Seguindo nessa mesma direção, a da impossibilidade do trabalho de luto como fonte de aparecimento de sintomas de perda de memória, o conceito de posição fóbica central de Green (2000) nos parece interessante. A princípio, o termo *neurose fóbica* é usado para situações nas quais o paciente descreve grande medo ou nojo de eventos ou objetos precisos. Ao projetar esses sentimentos em um objeto, é possível evitá-lo e evitar ideias e sentimentos que ficariam como que “guardados”, ligados ao objeto. Quando a angústia é muito intensa, esse tipo de mecanismo de defesa não consegue contê-la e nos encontramos diante de casos em que a angústia é mais difusa.

Green (2000) se propõe refletir acerca do fenômeno de um sintoma fóbico que aconteceria durante a sessão analítica, em relação a certos conteúdos psíquicos. O paciente apresentaria um evitamento fóbico com respeito à função analítica, pois desejaria escapar de novas descobertas sobre si, as quais poderiam ser sentidas como altamente ameaçadoras. Esse funcionamento fóbico dificultaria a comunicação com o analista e com os outros à sua volta e, para o autor, faria parte do sintoma de pacientes em “estados-limite”. Esse tipo de defesa tem por objetivo evitar que certos temas ligados à história do

sujeito venham à consciência ou que possam ser associados entre si, de forma demasiadamente perigosa. O potencial traumático de entrar em contato com certo tema não viria de um evento traumático em si, mas do potencial traumático da conjunção de diversos pequenos eventos traumáticos os quais fariam eco uns com os outros. O sujeito procuraria evitar a relação entre as diversas constelações traumáticas que gerariam grande angústia e o vislumbre de uma possível ação violenta dirigida ao objeto ou ao Eu. Até o momento, é possível intuir que o sujeito conseguiu manter esses pilares de sua vida psíquica separados, de sorte que a aproximação deles seria o verdadeiro evento traumático.

Green (2000) explica que, em *Projeto para uma psicologia*, Freud já apresentava a ideia de que, diante de uma imagem de desprazer, o Eu seria capaz de redirecionar a energia para que a nova imagem percebida não fosse investida e, portanto, conhecida conscientemente. Ele chamou esse mecanismo de inibição, que seria feita por meio da mobilização de investimentos laterais. Durante a experiência analítica de associação livre, o sujeito é convidado a abrir cadeias associativas que revelam uma temporalidade complexa, pondo em relação afetos e representações de tempos cronológicos distintos. Núcleos, que antes conseguiam se manter inconscientes graças a um forte contrainvestimento, ganham agora força para irromper na consciência, demandando do aparelho psíquico a construção de defesas para impedir um dano, um efeito traumático desse saber ou desse sentir.

Esse fenômeno poderia ser compreendido como uma expressão silenciosa da pulsão de morte e do trabalho do negativo. Com os “pacientes-limite”, o analista se vê diante de processos de destrutividade que atacam o próprio funcionamento psíquico do sujeito. O evitamento é em relação à conclusão que poderia ser tirada da comunicação entre os diversos conteúdos psíquicos, que, por um grande esforço e dispêndio de energia, o Eu conseguiu manter até então separados. Ao invés de um ataque às ligações, forma mais clássica do trabalho do negativo, o que vemos aqui é um processo anterior, um tolhimento associativo que impede as ligações de se estabelecerem. Esse mecanismo tem por objetivo proteger o sujeito de entrar em contato com sentimentos de angústia e desamparo. O que está em jogo aqui é uma recusa (*déni*) da realidade psíquica, pois os pacientes só conseguem conceber seu mundo interior como construído pelas reações dos outros sobre suas manifestações.

Em *A negativa*, Freud (1925b/2007) escreve que a existência da representação já é uma garantia da realidade do representado. Nos casos dos estados-limite, é possível pensar que o trabalho psíquico consiste em manter uma certa inexistência da representação, a fim de garantir uma “não-realidade” do que foi clivado, como se a não-representação de um

objeto bastasse para eliminar a ameaça de sua existência. Essa supressão antecipada da dor e da angústia pode chegar até o ponto de o sujeito clivar partes de si, excluir a si mesmo.

Em alguns processos de envelhecimento, é possível perceber que uma grande quantidade de angústia automática pode inundar o aparelho psíquico, o que faz o sujeito primeiro enrijecer as defesas mais usadas e, num segundo momento, após um movimento regressivo, utilizar defesas que ainda não tinham sido empregadas. Eventos associados a perdas físicas e simbólicas, no presente, podem rapidamente fazer irromper núcleos, conteúdos ligados ao infantil, ao Complexo de Édipo e às vivências primitivas, os quais conseguiam se manter recalcados, mas que, com o excesso de catexia, vêm à tona. Nessa hora, o sujeito faz apelo aos objetos externos e às marcas de objetos internos que poderiam lhe prestar socorro, frente a essa ameaça de desorganização psíquica.

Para Green (1993), os quadros clínicos não neuróticos são sempre, de certa forma, definidos em relação à passagem pelo Édipo, como na neurose. Os quadros de rigidez e limitações podem ser compreendidos como um sistema de fortificações, constantemente investidos e renovados, pois o aparelho psíquico precisa manter à distância qualquer possibilidade de irromper, na psique, uma organização edípica que é sentida como ameaçadora. O medo em jogo aqui não é o da castração, mas o da ruptura com o objeto primário, da separação, inevitável ao Édipo, a consequente exclusão do sujeito, se ele reconhecer a ligação que existe entre os pais. O objeto é uma ameaça, se concebido em seu estado separado, porque escancara a diferença dos desejos, a não coincidência. Os limites teóricos para se transitar entre os diversos paradigmas psicopatológicos se mostram sutis, sem delimitações claras e estanques que exibem sua força na sua capacidade de provocar e desalojar nossas crenças e certezas, mais do que em nos oferecer alicerces seguros que possibilitariam uma “tradução” de nossa experiência clínica.

Voltando aos sintomas neuropsicológicos da demência, é impossível não associar a perda de linguagem, no Alzheimer, aos estudos do final do século XIX, sobre as afasias. Em *Sobre a concepção das afasias*, Freud (1891/2014) dá um salto em relação ao avanço médico de sua época, ao propor a ideia de um sistema de linguagem autônomo da topografia anatômica do sistema nervoso. Privilegiar o registro funcional sobre o registro tópico abre espaço para uma terapêutica baseada na palavra e não mais em ações que intervinham fisicamente sobre o cérebro. É nesse texto do início de sua obra que ele faz a distinção entre representação de palavra (mais associada à imagem acústica) e representação de objeto (mais ligada à imagem visual) (LOFFREDO, 1999).

Em *Sobre a concepção das afasias* (1891/2014), Freud mostra um aparelho da linguagem que é construído na relação com o outro. Critica a hipótese da localização anatômica. Segundo Gabbi Júnior (1990), nesse texto, Freud deseja substituir a ideia de localização por uma compreensão mais “estruturalista”, em que os centros da fala reagem como um todo a lesões parciais que motivariam alterações funcionais no aparelho da fala. Quanto à parafasia, sintoma comum na doença de Alzheimer, Freud afirma que uma palavra é substituída por outra, por meio de certa lógica como a similaridade do conteúdo, sons semelhantes, trocas de letras, fusão de várias palavras em uma única ou ainda troca de uma palavra específica por uma mais geral. Freud se distingue dos outros pesquisadores da época, pois procura diferenciar os aspectos econômicos dos fisiológicos, de sorte que, para ele, todas as afasias são afasias de condução, ou seja, são perturbações nas associações entre representações. Todas as áreas do cérebro estariam inter-relacionadas, não existiriam processos isolados. Em relação à doença de Alzheimer, é interessante pensar que Freud sustenta que, quando o aparelho da fala sofre algum dano, ele retorna a trilhas associativas mais primárias e seguras, e que conhecimentos recentes são mais prejudicados que conhecimentos antigos; por exemplo, um paciente pode perder o uso de uma língua que aprendeu posteriormente, mas manter o uso de sua língua materna. Na doença de Alzheimer, observamos a perda de palavras que se referem a conceitos mais gerais, em primeiro lugar, e de palavras ligadas a objetos concretos, posteriormente. Palavras menos usadas são perdidas antes. Freud compreende a representação de palavra como uma representação complexa, na qual ocorre um processo intrincado de associações de elementos acústicos, visuais e cinestésicos.

De acordo com Freud (1891/2014) os três tipos de afasia (verbal, assimbólica e agnóstica) remetem às possíveis relações entre os componentes de cada uma das representações:

Afasia verbal (de primeira ordem) - as associações entre os elementos simples da representação da fala estão perturbadas;

Afasia assimbólica (de segunda ordem) - a associação entre representação de palavra e do objeto está perturbada;

Afasia agnóstica (de terceira ordem) - estaria ligada a uma fratura no interior da representação de objeto, que levaria o sujeito a não reconhecer os objetos.

A essas três perturbações patológicas, Perruchon (1994) adiciona uma quarta, a qual seria uma tentativa de explicação metapsicológica para o sintoma de modificação da linguagem, nos quadros de demência, a meu ver, uma hipótese bem-vinda. Os pacientes com

Alzheimer teriam sintomas de afasia verbal, assimbólica e agnóstica. Além desses sintomas, também apresentariam uma “afasia demencial”, de tipo sensorial, caracterizada por deformações de palavras, substituições (parafasias). Seria quando o paciente cria neologismos, junta ou substitui palavras que têm o mesmo som, ou imagens acústicas similares, como, por exemplo, “quero lavar o pão” invés de “quero lavar a mão”. Esse tipo de troca mantém a sintaxe intacta, porém, o sentido da linguagem se perde. Dentro dessa compreensão, a demência pode ser considerada uma síndrome afaso-agnoso-aprática, uma vez que implica consequência para as funções do falar, do reconhecer e do fazer.

Em concomitância com o surgimento da afasia, é possível observar, na fase inicial, os primeiros indícios de apraxia: incapacidade para efetuar movimentos voluntários. Apesar do fato de a força muscular, a sensibilidade e a coordenação estarem intactas, o sujeito fica em dúvida diante de movimentos simples, como abrir uma torneira, abotoar uma roupa ou ligar o rádio. Já a agnosia é a perda da capacidade para reconhecer o que são os objetos e para que servem. Por exemplo, uma pessoa com agnosia pode tentar usar um garfo, ao invés de um lápis para escrever. No que diz respeito às pessoas, pode implicar não as reconhecer como resultado do cérebro, o qual não consegue identificar uma pessoa com base na informação veiculada pelos olhos.

De um ponto de vista da psicodinâmica, é possível supor que, na fase inicial, as defesas do recalque e da negação já estejam prejudicadas, contudo, ainda existem. Nas duas próximas fases, esses mecanismos de defesa não existirão mais, pois o Eu não é mais capaz de exercer suas funções. O paciente pode se defrontar com grande angústia, em face da perda de capacidades psíquicas, como o relatado pela personagem Alice, que desabafa em consulta com sua médica:

– Me diga o que você faz quando não consegue dormir.

– Em geral fico deitada e me preocupo. Sei que as coisas vão piorar muito, mas não sei quando, e tenho medo de dormir e acordar na manhã seguinte sem saber onde estou, nem quem sou nem o que faço. Sei que é irracional, mas tenho esta ideia que a doença de Alzheimer só pode matar meus neurônios quando estou dormindo, então, enquanto eu permanecer acordada e meio que de sentinela, continuarei a ser eu mesma. Sei que toda esta angústia me deixa acordada – prosseguiu – mas parece que não consigo evitar. Quando vejo que não vou conseguir pegar no sono, começo a me preocupar, e aí não consigo dormir por estar preocupada. Só de contar isto a você já fico exausta. (GENOVA, 2009, p. 122).

Se não encontrar amparo para lidar com a angústia, objetos para investimento pulsional, o psiquismo usará cada vez mais dos mecanismos de defesa ligados à recusa, porque a realidade se torna demasiadamente assustadora. Quanto mais o mecanismo de defesa da recusa for usado e menos as perdas puderem ser elaboradas, mais rápido os sintomas demenciais avançarão.

Fase Intermediária – Desintegração do Eu

Entrávamos no túnel... tratamentos foram administrados, os “anti-alzheimers” uns depois dos outros, e a doença continuou a se instalar. Ela não conseguia mais ler, “meus óculos não estão bons”, dizia, as refeições não eram mais feitas. Angústias repetidas. Ela não gostava mais dos passeios a pé e nem de carro. [...] E as coisas pioraram. Os reflexos do cotidiano pioraram lentamente e, de repente, tudo piorou depois da morte de minha mãe em 2009. Foi tudo muito, muito rápido, as funções vitais desapareceram: higiene, fala, caminhar, compreensão, reconhecimento de familiares, roupas sujas jogadas em armários e locais improváveis, suplicações para visitar sua mãe morta há muito tempo, deambulação pela casa. Tudo de degradou rapidamente. [...] Restava tão pouco tempo para amá-la... não sei. Acho que havia lampejos de lucidez, lembranças, raras, fugazes, tudo acontecia pelo olhar, entre nossos olhares.

(Relato de marido em relação ao adoecimento de sua esposa, no livro de DÉCATOIRE, 2013, p. 374).

Na fase intermediária da demência tipo Alzheimer, a perda de memória se intensifica. Como a memória é tão essencial para as tarefas do dia a dia, todas as áreas da vida do sujeito são afetadas pela sua dificuldade. A perda da memória episódica, que é a memória de curto prazo, impede atividades que necessitam de raciocínio abstrato e planejamento, como contar ou fazer uma receita de bolo. As lembranças de acontecimentos antigos, apesar de não serem muito afetadas, tendem a interferir com atividades do presente, o que pode causar grande confusão. A memória semântica, ligada ao uso da linguagem verbal, ao significado das palavras, por ser localizada em outra parte do cérebro que a memória episódica, pode ou não ser prejudicada. A redução do estoque verbal começa pelas palavras abstratas e vai até as palavras mais familiares. A sintaxe se mantém, mesmo se as frases não têm mais lógica. As palavras são facilmente trocadas por outras e criam-se neologismos que dão ilusão de continuidade na ideia que está sendo expressa. Muitas vezes, a pessoa não tem crítica de que a forma como está usando a linguagem se tornou bizarra e sente-se extremamente frustrada, quando não é compreendida pelo seu entorno, porque ela está se esforçando para expressar suas ideias por meio de palavras. A terceira memória, a de procedimento, demora mais tempo para ser afetada. Ela guarda nosso *know-how* para atividades automáticas, como dirigir, tomar banho ou cozinhar.

No romance *A rainha nua*, os capítulos se alternam entre as impressões dos filhos, ao cuidarem da mãe doente, e a voz da própria “rainha”, a qual compartilha sua angústia frente aos sintomas da doença. Aqui vemos um belo exemplo do que consiste a perda da capacidade de encontrar as palavras e como o discurso vai aparecendo cada vez mais descosturado:

Tem também os bol... Tenho muita vontade de bol... mas nunca me dão. Minha mãe os faz com farinha, açúcar e vinho branco... depois ela os coloca para cozinhar no

forno... um cheiro gostoso invade a casa. Gostaria que minha mãe os cozinhasse para mim. Eu suplico para que me deixem ir vê-la... para pedir um monte de bol... para sua filhinha. Mas eles só balançam a cabeça... de um jeito engraçado... eu me irrita muito, porque eles não compreendem... Eles não querem me agradar, eles não querem me trazer bol... Por quê? (BRAGANCE, 2003, p. 30).

Esse tipo de desentendimento traz graves consequências para a convivência do doente com seu entorno. O paciente não consegue compreender ou memorizar as informações que lhe são dadas, sentindo-se ignorado nos seus desejos mais básicos. É comum os pacientes se sentirem cerceados, pois, na fase intermediária, perdem a noção de tempo e espaço e perdem a crítica a respeito de seus sintomas e dificuldades. Dessa forma, às vezes, entendem os cuidados oferecidos como uma forma de cerceamento da liberdade:

Onde está o banheiro?... Eu sei que tem vários dentro desta casa... mas não sei onde estão. Quando tenho vontade... quando os procuro... me perco nos corredores, é desagradável... Eles fecharam as portas com chaves. Eu bato nas portas, me irrita, então eu grito, eu os insulto... A casa ficou tão pequena... uma casa de bonecas, não posso ir onde quero, giro em círculos... portas fechadas, banheiro que desaparece quando eu preciso... perdi minha casa... Eles fazem de propósito de trancar as portas, de esconder as chaves só para me irritar... Por quê? (BRAGANCE, 2003, p. 49).

No estágio intermediário da doença, adicionam-se ao déficit de memória déficits em outras funções cognitivas, como linguagem, praxia, atenção, funções executivas e orientação espacial. O sujeito torna-se mais dependente para suas atividades, necessitando de ajuda para dirigir, cuidar da casa, pagar contas, assim como nas atividades de cuidado pessoal. Nessa fase, as alterações do ciclo sono-vigília são comuns, podendo haver piora dos sintomas cognitivos e comportamentais, ao entardecer (fenômeno do pôr-do-sol). Os sintomas psiquiátricos são comuns, sendo frequente a presença de delírios. Os mais comuns são delírios de ciúmes (do cônjuge) e de roubo (ao tentar encontrar objeto guardado por si mesmo, em local não usual). O paciente também pode apresentar alucinações, agitação, apatia e sintomas depressivos (RIGO, 2013).

Décatoire (2013) aponta para alteração de funções instrumentais que permitem adquirir e manipular conhecimento, além de interagir com o ambiente, como memória, linguagem, praxia e gnosia (faculdade que possibilita reconhecer). Essas funções, descritas pela neuropsicologia, podem ser aparentadas às funções egoicas mencionadas por Freud e ao trabalho de elaboração secundária.

No final da fase intermediária da doença, também podemos presenciar os fenômenos da prosopagnosia (não reconhecimento de rostos) e da anosognosia (não reconhecimento de que está doente). A afasia, iniciada na fase anterior, continua a dificultar a comunicação, até chegar a um ponto em que a pessoa pode usar apenas uma palavra ou som, em tons diferentes, para se expressar, repetindo-o o dia todo. A autora

também sublinha o aparecimento de um transtorno psicocomportamental que se divide em três categorias. O momento e a intensidade do aparecimento de cada sintoma varia. A primeira categoria se refere a sintomas psicológicos, que influenciam o humor e o raciocínio, como ansiedade, alucinação, depressão e irritabilidade. A segunda categoria seria dos sintomas comportamentais, como agitação, agressividade, deambulação e desinibição. A terceira categoria concerne aos sintomas neurovegetativos, como perda de controle da urina.

Do ponto de vista da psicanálise, podemos associar essas perdas de recursos que permitem agir e pensar no dia a dia com perdas das funções exercidas pelo Eu. Descrevemos a evolução desse conceito na teoria freudiana, no início do Capítulo 1. Vamos aqui ilustrar algumas dessas funções e a maneira como se deterioram com a doença de Alzheimer. Para isso, usaremos pequenos trechos de *Eu e o Id* (1923b/2007), a fim de fazer um paralelo com os sintomas dessa fase da doença.

Alteração de referência temporal:

O Eu está encarregado de importantes funções. Em decorrência de sua relação com o sistema de percepção, cabe a ele ordenar temporalmente os processos psíquicos e submetê-los ao teste de realidade. (FREUD, 1923b/2007, p. 62).

Com a doença de Alzheimer, os pacientes perdem a noção de tempo, não conseguem se situar no ano, no mês, no dia e até em que momento do dia estão. A vivência do dia a dia perde o caráter sequencial com o qual estamos acostumados. Por fazerem grande esforço mental para cumprirem tarefas outrora simples, podem apresentar fadiga e dormir de maneira intermitente, ao longo do dia. Assim, cada vez que despertam, precisam se localizar novamente, como no trecho de *Para sempre Alice*:

Os dois pratos e os guardanapos usados, no tampo da bancada central, evidenciavam um jantar a base de salada, espaguete ao molho de tomate. Uma das taças ainda continha um resto de vinho branco. Com a curiosidade desapaixonada de um cientista forense, Alice a pegou e testou a temperatura do vinho, encostando-a nos lábios. Ainda está meio gelado. Ela se sentia saciada. Consultou a hora. Passava um pouco das 9. Fazia uma semana que estava em Chatham.¹⁸ Em anos anteriores, após uma semana afastada das preocupações do dia a dia em Harvard, ela estaria totalmente investida no estilo de vida descontraído que Cape Cod impunha, e mergulhada no terceiro ou quarto livro. Nesse ano, porém, o horário cotidiano de Harvard, embora apertado e exigente, tinha lhe proporcionado uma estrutura conhecida e reconfortante. As reuniões, simpósios, horários de aula e outros compromissos funcionavam como migalhas de pão que a orientavam ao longo de cada dia. Ali em Chatham ela não tinha nenhuma programação. Dormia tarde, fazia as refeições em horários variados e não planejava nada. Marcava os dois extremos de cada dia com os remédios, fazia seu teste da borboleta¹⁹ todos os dias e

¹⁸ Sua casa na praia, havia mais de 20 anos.

¹⁹ Alice colocou um alarme no seu telefone, para que uma vez por dia ele desperte e lhe faça 5 perguntas simples sobre a sua história. No dia em que não conseguir mais respondê-las, não quer mais continuar vivendo.

corria diariamente com John. Mas isso não lhe dava estrutura suficiente. Ela precisava de migalhas maiores e em maior número. Muitas vezes, não sabia que horas eram nem em que dia estava, aliás. Agora, em mais de uma ocasião, quando se sentava à mesa para comer, não sabia que refeição lhe seria apresentada. (GENOVA, 2009, p. 140).

Alteração da motilidade

A citação de Freud a respeito das funções do Eu continua da seguinte forma:

Além disso, ele interpola o curso das pulsões com os processos do pensar e obtém um adiamento por escoamento da via motora e também logra controlar o acesso à motilidade. (FREUD, 1923b/2007, p.62).

Ao longo do romance de Genova (2009), acompanhamos várias situações nas quais a personagem não consegue mais controlar os movimentos do seu corpo, como quando anda na rua e não consegue mais enxergar o meio-fio ou quando encontra dificuldade em fazer os movimentos corretos para conseguir se vestir sozinha. O fato de não conseguir se vestir sozinha pode ser igualmente explicado pela perda da memória de execução ou processual, que tem a ver com *scripts* que aprendemos para fazer coisas, como dirigir ou fazer um bolo.

A passagem de Freud também nos faz pensar sobre a possibilidade de os pacientes ficarem mais impulsivos, pois parecem estar em constante movimento; com isso, não seriam mais capazes de interpolar os impulsos provenientes do Id e pensar antes de agir, como explicado na citação acima. Na fase intermediária da doença, é comum vermos o fenômeno da deambulação, o qual consiste num caminhar constante de dia e de noite, sem um sentido aparente. Essa agitação motora se expressa ainda por meio de uma atividade constante de procurar:

Ela pegou latas e caixas e garrafas, copos, pratos e tigelas, panelas e frigideiras. Empilhou tudo na mesa da cozinha e, quando não tinha mais espaço no tampo, usou o chão. Tirou todos os casacos do armário do vestibulo, abriu o zíper e desvirou todos os bolsos. Achou dinheiro, canhotos de ingressos, lenços de papel e nada. A cada revista completa, ia descartando os inocentes casacos no chão. Virou as almofadas dos sofás e poltronas. Esvaziou as gavetas da escrivaninha e do arquivo. Derrubou o conteúdo da mochila de livros, da maleta do lap-top e da bolsa azul bebê. Vasculhou as pilhas, apalpando cada objeto para gravar seu nome na cabeça. Não ia desistir. [...] John estava parado no vestibulo com casacos até os tornozelos.

– Que diabo aconteceu aqui? _ Estou procurando uma coisa.

– O quê?

Alice não soube dizer o que era, mas confiava em que, em algum lugar da cabeça, lembrava-se e sabia.

– Saberei quando encontrar. (GENOVA, 2009, p. 223).

Alteração de referência espacial

Nessa fase da doença, o sujeito também perde a capacidade de se localizar no espaço. Esse sintoma, adicionado à impulsividade e à falta de conhecimento em relação à própria doença, pode colocar o paciente em risco:

Queria continuar a andar, mas ficou imóvel. Não sabia onde estava. Virou-se para trás e contemplou a rua. [...] O corredor, o hotel, as lojas, as ruas com seus meandros ilógicos. Alice sabia que estava na praça Harvard, mas não sabia o caminho de casa. Tentou de novo, de maneira mais específica. O hotel Harvard, a loja de artigos esportivos Mount Auburn. Ela conhecia todos aqueles lugares – fazia mais de vinte e cinco anos que corria por esta praça – mas, por algum motivo, os locais não se enquadravam num mapa mental que lhe dissesse onde ficava sua casa em relação a eles. [...] Seu coração disparou. Ela começou a transpirar. Disse a si mesma que os batimentos cardíacos acelerados e a transpiração eram parte de uma reação orquestrada e apropriada à corrida. Mas, parada ali na calçada, a sensação foi de pânico. Obrigou-se a andar mais um quarteirão, depois outro, as pernas bambas parecendo prestes a desmoronar a cada passo confuso. A livraria Coop, o restaurante Cadullo's, a banca de revista na esquina, o Centro de Visitantes de Cambridge do outro lado da rua e, mais adiante, o parque de Harvard. Alice disse a si mesma que ainda sabia ler e reconhecer. De nada adiantou. Faltava um contexto. (GENOVA, 2009, p. 25).

Dificuldade de concentração

As possibilidades de atividades prazerosas e que podem ser compartilhadas, permitindo trocas afetivas, são grandemente afetadas pela crescente dificuldade de concentração, assim como atividades simples podem se tornar perigosas, como cozinhar ou andar na rua:

Ler vinha-se tornando uma tarefa cada vez mais desoladora. Alice tinha que reler as páginas diversas vezes para manter a continuidade do raciocínio ou da narrativa e, se deixasse o livro de lado, por pouco tempo que fosse, as vezes tinha que retroceder um capítulo inteiro para retomar o fio da meada. Além disso, angustiava-se por decidir o que ler. E se não tivesse tempo para ler tudo o que sempre havia desejado? Priorizar era difícil, era um lembrete de que o tempo estava passando, de que algumas coisas ficariam por fazer. (GENOVA, 2009, p. 143).

Depois de não conseguir mais ler, seu marido aluga filmes para que possam ver juntos. Essa atividade funciona por um tempo, mas logo oferece dificuldades:

Os filmes comprados por John no verão acabaram incluídos na mesma infausta categoria dos livros abandonados que tinham vindo substituir. Alice já não conseguia acompanhar a sequência da trama nem se lembrar da importância dos personagens, caso não aparecessem em todas as cenas. Era capaz de apreciar pequenos momentos, mas guardava apenas uma impressão geral do filme depois que os créditos desapareciam. “Este filme foi engraçado”. Quando John ou Anna assistiam a exibição com ela, muitas vezes rolavam de rir, pulavam de susto ou recuavam de nojo, uma reação óbvia ou visceral a algo que acontecia, e Alice não entendia por quê. Participava, fingindo, na tentativa de protegê-los de saber o quanto estava perdida. (GENOVA, 2009, p. 194).

Quanto aos sintomas de confusão mental e mudanças de comportamento, pensamos que, diante de um Eu ameaçado de desorganização, mecanismos de defesa mais arcaicos que o recalque passam a funcionar. O mecanismo de defesa da projeção pode explicar os delírios de

roubo que são comuns, visto que a pessoa esquece onde colocou as coisas e, para aplacar sua angústia, para dar sentido aos “buracos” da memória, acusa outra pessoa, cria histórias, confabulações. Diante da falência do Eu, a projeção funciona como uma elaboração que traz um reconforto narcísico.

Barros e Queiroz (2009) escrevem um belíssimo artigo, movidas pelo adoecimento de uma colega próxima, que as levou ao exercício de articular conceitos teóricos da psicanálise com os sintomas da doença de Alzheimer. Começam do ponto em que, para a psicanálise, um sintoma é a presença física de um conflito psíquico. O desejo inconsciente se deixaria ver pelo corpo, por conta de uma falência no processo de simbolização. Em função das lesões neuronais causadas pela doença de Alzheimer, seria revelado um sujeito desconhecido, fruto da história infantil. Os sintomas da doença, os quais causam estranhamento, teriam, por conseguinte, um sentido de revelar dinâmicas inconscientes, ou seja, conteúdos antes afastados pelo recalque emergem na consciência.

Apontam que, com o comprometimento da memória e da atenção como sintomas da doença de Alzheimer, o Eu sofre uma modificação no seu funcionamento:

O trabalho do eu, o qual se situa na base da atividade do pensar e que faz gerar conhecimento fundamentado em juízo de valor, acaba sendo afetado. Se antes, enquanto sede das defesas, se ocupava, em sua missão pacificadora, de aplacar moções pulsionais, agora, ante as possibilidades limitadas de regular as ligações do aparelho psíquico, vê-se enfraquecido para exercer sua ação repressora, resultando daí a irrupção de conteúdos recalcados. (BARROS; QUEIROZ, 2009, p. 84).

Junto com o Eu, o Supra Eu também sofre modificação, fazendo com que a função de censura afrouxe, causando confusão:

A doença de Alzheimer faz emergir um estranho, exposto a algo diante do qual se vê desamparado, sem recursos para integrar sua experiência. O sujeito é remetido às filigranas do tempo e de sua história, ao que está nos bastidores de sua vida. A memória se perde, as palavras tornam-se fugidias, a comunicação se embota. O processo da doença vai desenhar uma topografia errante. À medida que o estranho avança, vai revelando, de forma regressiva, o caminho feito pelas inscrições na constituição do sujeito psíquico. O eu, uma organização que se constituiu outrora em meio ao caos, à dispersão, por efeito de ligações, aos poucos, vai cedendo espaço a tal processo regressivo, revelando a céu aberto as estruturas primitivas de sua formação. (BARROS; QUEIROZ, 2009, p. 84).

Nessa mesma linha, Goldfarb afirma:

[...] tudo isso acompanhado por um abrandamento do supereu provocado por uma regressão do eu, por uma incapacidade de analisar a realidade, de colocar o princípio de prazer a serviço da censura. O eu fica diminuído, mais observador que participante, mais atravessado pelas pulsões do que capaz de orientá-las. (GOLDFARB, 2004, p. 174).

Podemos pensar que, nesse momento, o Eu deixa de fazer sua função de instaurador do princípio de realidade e, por meio de um movimento de regressão, assistimos à sua desintegração progressiva e sem volta. Impossibilitado de mediar as exigências do Id, o Eu

retorna a posições arcaicas, onde, sem o recalque, não há mais uma distinção clara entre as instâncias Id, Eu e Supra Eu, e nem uma distinção entre dentro e fora, eu e o outro. A noção de se ser um Eu e se ter um Eu se perde. O que era estranho, do registro do não Eu, do outro em mim, invade o aparelho psíquico, trazendo sensação de medo e angústia. Em face da angústia como sinal de alarme, mas que se torna apenas difusa, automática, mecanismos de defesa mais arcaicos, como a recusa e a projeção, tomam a cena. Sem mediação, a libido invade o aparelho psíquico, transborda nos objetos

à sua volta e procura satisfação no corpo. Os conteúdos assustadores projetados para fora transformam o ambiente em um lugar inseguro. Sem um Eu coeso, não é mais possível traduzir ou elaborar esses conteúdos intensos que atingem o psiquismo, simultaneamente de dentro e de fora, não havendo mais diferença.

Sem o funcionamento do Eu, não há mais uma compreensão cronológica da passagem do tempo e nem uma articulação possível entre passado, presente e futuro. Goldfarb descreve essa vida sem um Eu da seguinte forma:

Na demência, os planos de presente e do futuro se separam, favorecidos por uma regressão, provocando uma estereotipia, sem incorporação de novos elementos, sem história ressignificada, até o sujeito se perder definitivamente. No presente, restabelece-se o passado idêntico ao que foi. É como se o sujeito vivesse num tempo em suspensão, em um nível em que pudesse parar a vida, no qual seria melhor conservar este *pouco quase nada* a perdê-lo todo. Às vezes, *flashes* de lucidez, como vestígios de um eu que resiste a desaparecer. Últimos fios da pulsão de vida a tecerem estratégias falidas. (GOLDFARB, 2004, p. 173).

A despeito da confusão, é possível ver que os sintomas da demência também indicam um psiquismo que continua a funcionar. De maneira cada vez mais precária, vai criando estratégias para mascarar as falhas que prejudicam seu funcionamento psíquico. Podemos asseverar que o trabalho da pulsão de morte, de desligamento, libera afetos e representações que ficam destacados, favorecendo pseudoconstruções. Já a pulsão de vida trabalha relacionando os fragmentos espalhados da melhor forma que encontra, o que causa um discurso e um comportamento bizarro e ininteligível.

Seixas (2013) afirma que a doença da sua mãe seguiu três etapas: a depressiva, a maníaca e a psicótica. Na fase maníaca, que, segundo ela, durou dois anos, ela descreve que sua mãe sofria muito, repetindo todos os dias a mesma situação. A primeira situação era um desespero que se iniciava no meio da tarde, quando ela começava a se arrumar para ir a uma festa. Todo o processo era muito sofrido, seria um evento do qual ela teria de participar por obrigação, contrariada: “E sempre movida por uma ansiedade enorme, semelhante a que sentimos naqueles pesadelos em que vamos viajar e não conseguimos

nunca acabar de arrumar a mala, enquanto o relógio nos anuncia que vamos perder o avião. As festas de mamãe eram assim – um pesadelo recorrente.” (SEIXAS, 2013, p. 70). Depois dessa etapa, veio uma segunda, na qual sua mãe passava o dia todo se preparando para ir visitar um amigo no hospital, seguida de uma terceira, mais dolorosa, na qual sua mãe vivia uma constipação intestinal imaginária, pela qual gritava e chorava. A meu ver, fica claro que esses delírios propõem uma figura, uma situação na qual os afetos ligados ao desespero, medo, ansiedade e dor podem ser tratados. Seria como um deslocamento, para que esses afetos pudessem ser vividos, essas dores experimentadas, sem que a pessoa precisasse entrar em contato com o fato de que tem uma doença degenerativa, de que seu Eu está se despedaçando, e as duras consequências dessa realidade.

Fase Avançada – O reino da pulsão de morte

Minha mãe, prostrada, não via nada. Havia um muro entre ela e os outros. Ela perde todos os seus pertences, mas nem os procura mais. Ela desistiu. Me lembro de seu esforço desesperado para encontrar sua necessaire, tentar ainda controlar o mundo por meio dos objetos. Esta indiferença atual me aperta o coração. Ela não tem mais nada. Seu relógio, sua colônia, desapareceram. Só resta comer agora.
(ERNAUX, 1997, p. 35).

No estágio avançado da doença, de um ponto de vista neuropsicológico, o indivíduo é totalmente dependente. Há incontinência, incapacidade de reconhecer os familiares, dificuldade em alimentar-se e locomover-se. Todas as funções cognitivas e comportamentais são afetadas com a evolução da doença. O sujeito ainda é capaz de emitir paráfrases, palavras ou sons. Repete lugares-comuns, ditados ou frases escutadas.

No início dessa fase, apresenta deambulação, ou seja, anda sem sentido, numa agitação constante. Comportamentos repetitivos e estereotipados, como abrir e fechar gavetas, reorganizar objetos, procurar objetos, locais e pessoas são comuns. Progressivamente, perde a capacidade de andar e fica restrito ao leito.

Dessa forma, estamos na presença de um corpo que funciona sem um aparelho psíquico pensante, porque o trabalho de pensamento, através do trabalho de ligação e de elaboração secundária, feito pelo Eu, não existe mais. Goldfarb (2004) descreve esse momento da fase avançada da doença:

Pode-se dizer que, na pessoa demenciada em estágio final da doença, não se evidencia a atuação de nenhum mecanismo de defesa do eu, pois, na sua tentativa de fuga do sofrimento – em que vários mecanismos de defesa foram usados sem sucesso – o eu constituído foi dissolvido. Não há mais mecanismo de defesa do eu porque não há eu. O desinvestimento realizado pela pulsão de morte apaga, dissolve para sempre a representação de objeto que é substituído pelo nada absoluto, esse

nada que cancela até o próprio ato do apagamento. Assim, não haverá afetos, especialmente de culpa ou nostalgia que testemunhem que alguma vez algum objeto foi investido. (GOLDFARB, 2004, p. 172).

Na mesma leitura de que a pulsão de vida mantém o psiquismo trabalhando para elaborar as mudanças e desafios que se impõem a ele, Perruchon (1994) mostra que as imagens do passado retornam, a fim de dar sentido às percepções do presente, as quais não encontram mais representações próprias na memória. Assim, não poderíamos aludir a um delírio estruturado na demência, mas a uma formação parecida com a do sonho, quando o sistema perceptivo consciente se encontra investido por lembranças. Na demência, ao invés de reinvestimento de restos diurnos, como no caso do sonho, aconteceria um reinvestimento de restos do passado mais investidos e mais resistentes ao desaparecimento.

Os esquecimentos, as alucinações e a perda da memória podem ser entendidos dentro de um quadro dinâmico das psiconeuroses de defesa. A confusão alucinatória permite rejeitar uma representação insuportável: é como se essa representação nunca tivesse chegado ao Eu. A amênia seria essa defesa que faz com que algo percebido não seja reconhecido pelo Eu. Seria a reação a uma perda que a realidade afirma, mas que o Eu precisa negar, pois é insuportável. O Eu rompe, então, a relação com a realidade, ele retira o investimento do sistema perceptivo e as fantasias passam a ser reconhecidas como uma realidade melhor.

Tais produções delirantes aconteceriam por uma mistura de regressão e enfraquecimento do princípio de realidade. O sujeito não é mais capaz de diferenciar percepções de representações e retorna à satisfação alucinatória do desejo, dentro da lógica do princípio de prazer. Ao fazer essa comparação, Perruchon (1994) deixa claro que o funcionamento psíquico de quem tem demência não é igual ao funcionamento primário no bebê, o qual alucina o objeto de desejo. No bebê, a angústia só pode ser aplacada pelo objeto ou pelo reinvestimento na lembrança do objeto. Quando o bebê reconhece a falta, renuncia a esse tipo de satisfação e busca objetos que podem trazer uma satisfação real; essa capacidade de distinguir entre um prazer na fantasia e um prazer real seria o nascimento do pensamento. Quanto ao idoso com demência, é no reconhecimento da falta, quando a realidade mostra que o objeto não existe, que a satisfação alucinatória começa. O idoso tem uma história de vida e uma história de um funcionamento psíquico singular. Nessa perspectiva, certos mecanismos de defesa já usados nessas situações entrarão em jogo no momento de lidar com a falta.

Para distinguir esse tipo de alucinação de satisfação do desejo, da alucinação do bebê, Perruchon (1994) usa o termo “alucinação mnésica”, pois o idoso adota um suporte perceptivo interno de lembranças que vai além da relação que o bebê teria com o seio (primeiro objeto de satisfação). As alucinações mnêmicas seriam uma maneira de lutar contra o desinvestimento, de investir numa relação com os objetos internos, cujo acesso pela lembrança ainda existe. Seria uma última defesa contra a dementificação extrema, a qual surge quando o investimento nas lembranças não é mais possível e apenas as percepções podem ser investidas. A alucinação mnésica traz o passado para a realidade e tem por função diminuir a angústia e seu efeito traumático. As alucinações focam em objetos bons internos, os quais diminuem o desamparo, tendo um papel importante na economia psíquica, porque impedem uma maior desorganização psicossomática. São as situações nas quais idosos se apegam a uma boneca ou bicho de pelúcia, ou chamam as pessoas a sua volta de mãe, mostrando que sentem a presença do objeto primário.

Fontanella e Darnaud (2015) acreditam que, nesse estágio da doença, estamos diante de um enfraquecimento da barreira entre o inconsciente e o pré-consciente. Comenta um episódio delirante, no qual madame L. parece levar uma menininha no colo de um quarto a outro. Episódios psicóticos podem então acontecer, na fase avançada da doença de Alzheimer. Para os autores, o conteúdo do delírio está diretamente ligado com conteúdos antes recalcados que vêm à tona. Elementos do cotidiano da instituição influenciariam a escolha de lembranças que são libidinizadas e trazidas à consciência, fazendo eclodir o episódio psicótico.

Levando em conta a experiência clínica desses autores, fica claro que o ambiente tem um papel importante na constituição da realidade interna do sujeito e no conteúdo dos delírios que são produzidos. Dentro da lógica psicanalítica de que o delírio tem um sentido e expressa conteúdos psíquicos do paciente, seria uma forma de produção psíquica preservada na fase avançada da doença de Alzheimer e uma possível forma de comunicação com esses pacientes. É comum os pacientes, nessa fase da doença e, principalmente, ao entardecer,²⁰ pedirem para serem levados para casa, mesmo quando estão em casa. Pode-se compreender que, nesse momento, sentem-se desamparados, e que seu pedido não é de ser levado fisicamente à sua casa, porém, de encontrar no ambiente atenção e algum tipo de reconforto parecido com o que encontramos, quando chegamos em casa. Essa espécie de pedido recorrente é muito desgastante para os cuidadores e, ao terem uma melhor compreensão do que está por trás do pedido, podem oferecer um auxílio verdadeiro, capaz de tirar o paciente do estado de angústia em que entrou. O trecho do livro de Genova (2009) ilustra bem esse fenômeno clínico e traz

²⁰ Fenômeno conhecido por angústia do pôr-do-sol ou *sundowning*.

igualmente um ponto de vista interessante da narrativa, que se transforma, acompanhando a desintegração psíquica da paciente²¹. Com efeito, nesse ponto do relato, enfatiza a estranheza com a qual a personagem passa a perceber o ambiente, porque até o mais familiar, como seu marido e sua casa, perdem qualquer familiaridade:

– Que horas são? – perguntou ao homem sentado na outra grande poltrona branca.

Ele olhou para o pulso.

– Quase três e meia.

– Acho que está na hora de eu ir para casa.

– Você está em casa. Esta é sua casa de Cape Cod.

Alice correu os olhos pela sala – móveis brancos, quadros de faróis e praias nas paredes, janelas gigantescas, as arvorezinhas altas e finas do lado de fora.

– Não, esta não é minha casa. Não moro aqui. Quero ir para casa agora.

– Voltaremos a Cambridge daqui a umas duas semanas. Estamos aqui em férias. Você gosta daqui.

O homem da poltrona continuou a ler seu livro e a tomar seu drinque. O livro era grosso e o drinque castanho-amarelado, como os olhos dela, e tinha gelo dentro. O homem estava apreciando o livro e o drinque, absorto neles. Os móveis brancos, os quadros de faróis e praias nas paredes, as janelas gigantescas e as arvorezinhas finas e altas lá fora não lhe pareciam nada familiares. Os sons dali também não lhe eram familiares. Ela ouvia pássaros do tipo que vivem no mar, o som do gelo rodopiando e tilintando no copo, quando o homem da poltrona tomava seu drinque, o som do homem respirando pelo nariz ao ler seu livro e o tique-taque do relógio.

– Acho que já fiquei bastante aqui. Agora eu quero ir para casa.

– Você está em casa. Esta é nossa casa de veraneio. É para onde costumamos vir para descansar e relaxar.

Este lugar não parecia com sua casa, nem soava como sua casa, e ela não estava relaxada. O homem que lia e bebia na grande poltrona branca não sabia do que estava falando. Talvez estivesse bêbado. Ele respirou, leu e bebeu, e o relógio bateu. Alice ficou sentada na grande poltrona e escutou o tempo passar, desejando que alguém a levasse para casa. (GENOVA, 2009, p. 267-268).

Assim, os delírios podem ser concebidos como trabalho psíquico e tentativa de elaboração da perda, pois, a despeito de negá-las, o conteúdo do delírio revela uma situação de possível encontro com uma pessoa querida, por exemplo: “Preciso ir para casa, meus filhos estão me esperando.” Estaríamos diante de um psiquismo dominado pela elaboração primária, presente no sonho, onde pedaços de percepções e de lembranças se juntariam, sem levar em conta regras de tempo e espaço típicas do trabalho de elaboração secundária.

Esse tipo de funcionamento psíquico nos faz pensar no conceito psiquiátrico de confabulação, o qual diz respeito a produções ou deformações que visam a compensar um

²¹ No início do livro, o marido de Alice é chamado pela narradora e por Alice de John, assim como a filha é chamada de Lydia. Nos últimos capítulos, John vira “o homem” e Lydia, “a mulher”.

vazio psíquico. Seria a invenção involuntária de uma história falsa, para sustentar uma preocupação ou uma ideia. O discurso tem um conteúdo não exato no qual a pessoa acredita, aderindo totalmente a essa nova realidade. Algumas confabulações podem estar ligadas a memórias que não foram corretamente encodadas e fixadas. Seria o que acontece, quando fazemos uma pergunta a que a pessoa não sabe responder e conta uma história ou dá uma resposta não diretamente relacionada à pergunta. Outro termo médico relevante para essa discussão é o de *ecmnesia*, que concerne a um episódio delirante, gerado por um problema de memória. O paciente imagina que está numa época anterior de sua vida, ou seja, uma lembrança antiga irrompe no campo da consciência, transformando a percepção da realidade (DÉCATOIRE, 2013).

Novamente, o relato de Heloísa Seixas nos é precioso, na tentativa de entender como funcionam as alucinações, nesse estágio da doença:

Depois da depressão, das monomanias, e da paranoia psicótica, minha mãe começou a ter alucinações. Uma noite, estávamos as duas sozinhas vendo televisão, com as luzes apagadas, quando ela olhou para um canto escuro do quarto e me perguntou: – Quem é este homem? Pensei que se referisse a alguém da televisão. – Que homem, mamãe? – Aquele que está ali em pé, de chapéu. Seus olhos, geralmente baços, brilhavam no escuro. Ela parecia prestes a chorar. Seguindo a direção do olhar aquoso, observei o canto vazio. – Não tem ninguém ali. – Tem, sim. Ele está olhando pra mim. Quem é? Talvez seja tolo, mas senti um arrepio. O homem do chapéu foi o primeiro. Depois, começaram a surgir outros vultos, muitos saídos do passado, quase todos mortos. O momento do dia ou da noite não importava. De repente, ela fixava os olhos em algum ponto do aposento onde estava e dizia uma frase assim:

– Viu quem chegou? – Não. Quem? – Minha mãe. A mãe morta apareceu muitas vezes. E muitos outros seres, às vezes estranhos, sem nomes, que povoavam nossa casa através dos olhos de mamãe. Mas todas as aparições, mesmo das pessoas queridas, tinham algo em comum: vinham carregadas de dor. Nunca vi minha mãe, em seus delírios abrir um sorriso para saudar um desses personagens imateriais, surgidos do passado. Nunca. Sempre os recebia com angústia, apreensão. Sempre havia em seu semblante, ao descrevê-los, uma certa tensão, como se a qualquer momento lhe fossem cobrar alguma coisa, lhe exigir algo. Como se lhe fossem fazer mal. Minha mãe estava sempre em estado de sofrimento. *O apego à dor*. Quando mamãe perdeu de vez a noção do real, ela passou não só a ver como chamar pelos personagens de seu passado. Chamou sempre, quase todos os dias, pela própria mãe. (SEIXAS, 2013, p. 91).

É possível pensar nas alucinações ainda como uma forma de trabalho psíquico, de encontrar imagens, símbolos que possam ser investidos pela pulsão. Em *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos*, Freud (1917b/1974) retoma o desenvolvimento que havia feito no capítulo VII de *A interpretação de sonhos*, para mostrar que o problema da alucinação se refere ao modo como somos capazes de distinguir fantasia e realidade. O delírio pode ser concebido como uma forma de expressão do desejo inconsciente, um caminho que encontra para acessar a consciência e encontrar satisfação. Pode-se supor que essa fase de produção delirante aponte para um psiquismo ainda capaz de usar formas rudimentares de simbolização e preceda a uma outra maneira de funcionamento, na qual estaríamos em face de um silêncio e

um vazio psíquico. No final da última fase da doença, quando nem mais esses sintomas aparecem, observamos o fenômeno da despsiquização, no qual, pelo retorno ao polo perceptivo, o afeto toma o lugar das representações. Perruchon (1994) prefere o termo *sensação*, ao invés de afetos, pois seriam afetos soltos que não estão mais ligados a nenhuma representação. Sem a possibilidade de simbolização para dar conta das pulsões, estas passam a escoar por meio de ações. Estamos na presença de “mecanismos de defesa não psíquicos”, para lidar com a angústia, como agitação, imitação, deambulação, gritos e choro. Podemos afirmar que a repetição de palavras, sons e gestos funciona como uma última tentativa de organização frente ao vazio, nessa volta ao polo perceptivo-motor. Sem a possibilidade do uso da palavra e da simbolização, o corpo passa a ser um importante instrumento de comunicação, por meio de emissão de sons e gritos, da enurese e até da masturbação. A pulsão encontraria escoamento e alívio diretamente no corpo, através de ações motoras; podemos pensar se essas ações podem ou não ter um valor de comunicação ou de resolução de incômodos e dores. Nesse quadro de desintegração narcísica, o que resta do Eu cria uma relação narcísica com um objeto, um cuidador, o qual passa a fazer a função de Eu auxiliar e garantir sua sobrevivência.

No romance *Eu não saí da minha noite*, vemos um exemplo de como o portador de Alzheimer, na fase avançada da doença, se comporta de forma regredida, colocando o cuidador no lugar de uma figura materna. Aqui, a filha vem visitar a mãe e traz um bolo, único prazer, prazer oral, que parece ainda ser expresso por sua mãe. Dar o bolo à mãe, como uma mãe faria com seu bebê, se mostra como uma última forma de comunicação e contato entre as duas:

Os cabelos bagunçados, as mãos que se procuram, a direita aperta a esquerda como um objeto estranho. Ela não encontra sua boca, a cada tentativa, o bolo se desencontra da boca. O pedaço que eu coloco na sua mão cai. Preciso enfiá-lo dentro da sua boca. Horror, extinção, animalidade. O olhar vago, a língua e os lábios que sugam, saindo pra fora, como fazem os recém-nascidos. Comecei a penteá-la mas parei pois não tinha um elástico para prender seus cabelos. Então ela disse: “Eu gosto quando você me penteia.” Tudo se apagou. Penteada, limpa, ela voltou a ser humana. Este prazer que eu a penteie, facilita as coisas para ela. Me lembrei que, quando eu cheguei, sua vizinha de quarto lhe tocava o pescoço, as pernas. Existir é ser acariciada, tocada. (ERNAUX, 1997, p. 87).

Esse relato também nos faz pensar na desintegração da imagem do corpo próprio, tratada no Capítulo 1, já que a idosa parece perder a noção de como as partes de seu corpo se coordenam. Apesar de se tratar de uma ficção, a autora nos transmite a sensação de que alguém que conhecemos deixa de ser humano, sensação recorrente por quem tem contato com essa clínica. Apesar da falta de coordenação, de uma aparente ausência de processo psíquico e de possibilidade de comunicação, é possível imaginarmos que, mesmo em prol de um funcionamento radicalmente diferente do experimentado por nós, existe um

sujeito presente, lutando para agir e continuar a viver da melhor forma possível frente aos limites impostos pelos sintomas da doença. Como na citação, talvez caiba a nós encontrarmos caminhos alternativos para acessar e estimular o sujeito ainda presente, provavelmente pelo contato físico e estimulação sensorial.

Diante dessa reflexão ética, uma citação do artigo de Michon e Gargiulo (2003) vem a calhar:

Existe uma vida sem saber? Se questiona este homem, antigo matemático, severamente atingido pela doença. Não era porque este homem não era mais capaz de identificar a data do dia, fazer cálculos simples e encontrar a palavra correta para denominar o objeto relógio, que ele não era capaz de nos interrogar a respeito do sentido de sua existência. (MICHON; GARGIULO, 2003, s.p.).

Olhando para o aspecto econômico, é possível constatar que existe uma regressão quanto ao narcisismo. Por exemplo, como demonstrado no Capítulo 1, o autoerotismo seria inicial no desenvolvimento do sujeito e, quando esse investimento pulsional anárquico permitisse o surgimento de um Eu como objeto, este também seria investido pela libido, assim como os objetos de fora, os quais, pelo processo de diferenciação, passam igualmente a ser entendidos como objetos separados, passíveis de serem investidos pelas pulsões. Na demência, a passagem da libido objetal ao narcisismo opera um desinvestimento da representação do outro. É possível pensar que o sujeito volta seus investimentos para seu Eu e, num segundo momento, a passagem do narcisismo ao autoerotismo opera uma quebra da projeção mental da superfície do corpo, que outrora serviu de base para a constituição do Eu. Assim, não existiria mais um outro ou um Eu a serem investidos pelas pulsões, que passariam a investir o corpo ou as percepções de forma anárquica, como uma pura descarga, sem mediação. A passagem do narcisismo ao autoerotismo opera um desinvestimento da representação de si e um desinvestimento das funções do Eu, que, em última instância, pode gerar uma dissolução da imagem unificada de si. Em 1991, Le Gouès dá o nome de *psycholyse* ao processo de desestruturação do funcionamento psíquico que acontece nos casos de demência. Segundo o autor, a demência provoca regressão do pensamento dos níveis simbólicos mais sutis ao polo perceptível mais sensível. As aquisições mais recentes desaparecem primeiramente, pois as novas percepções não encontram representações capazes de colocá-las numa cadeia associativa e, assim, dar sentido ao que está sendo percebido. No plano inconsciente, as linhagens narcísicas e objetais se desconstroem.

O investimento no polo perceptivo tem algo em comum com o sonho. Na falta de representações internas para dar sentido às percepções, uma ideia delirante pode tomar o

lugar de um objeto de investimento, quando os objetos internos e externos desaparecem. Nessa lógica, quando um objeto externo consegue se fazer perceber e ser uma presença, mesmo que como personagem desse delírio-sonho, pode relançar as trocas objetais e fortalecer a presença dos objetos internos, diminuindo, desse modo, os momentos delirantes. A realidade se torna, assim, menos desconhecida e assustadora, possibilitando um maior tempo de contato com esta, sem um sentimento de frustração que levaria à alucinação.

Para Le Gouès (1991), na psicose, existiria uma dificuldade de construir um objeto interno sólido. Já nas demências, os objetos ainda existem, mas se perde a capacidade de se relacionar com eles, de acessá-los. O dismantelamento psíquico se daria por etapas: primeiro, a perda de identidade de pensamento e, depois, a perda da identidade de percepção. Num primeiro momento, o “buraco” na memória causaria um “buraco” no pensamento. Sem acesso às representações, o pensamento não consegue funcionar como antes. Privado de representações e de ligações lógicas entre elas, o aparelho de pensar tenta “tapar os buracos” das representações com percepções, especialmente visuais. Dessa forma, uma ponte sensorial passa a fazer a ligação entre os pensamentos.

Num segundo momento, o sujeito não consegue mais dar significado a um objeto percebido. O objeto continua a ser percebido, contudo, o sentido dado à percepção é aleatório. Por exemplo, a filha visualmente presente no campo perceptivo da idosa é chamada por ela de mãe. Segue uma confusão interna entre linhagem narcísica e objetiva; representação de si e do outro se misturam.

Nesse ponto, não concordo completamente com a posição do autor, pois é possível questionar se o sentido dado às percepções seria realmente aleatório, até porque, nos exemplos dados por ele, de uma filha ou uma enfermeira que são chamadas de mãe pela idosa, pode-se imaginar que não é qualquer percepção que ganharia esse sentido (estando implícito que essas mulheres poderiam estar exercendo uma função materna, o que, de certo modo, aproximaria a percepção delas com a percepção de uma mãe).

Num terceiro tempo, o sujeito alterna momentos em que se sente como um Eu coeso, em que tem uma identidade e pode manter uma relação com um outro, com momentos nos quais perde esse sentimento de si e se perde na confusão dos objetos internos e externos. O autor chama essa experiência subjetiva de sonho-vigília, que seria diferente do delírio da psicose. Logo, para restabelecer um contínuo do sentimento de existência, o demente se volta para o sistema de percepção onde o visual ocupa o primeiro

lugar. Quando confunde a enfermeira com sua mãe é porque identificou a presença, todavia, não deu o sentido correto a essa percepção.

A hipótese do autor é que o objeto interno que traz uma sensação de segurança frente a ameaças externas se perde antes de o Eu desaparecer. O Eu continua a funcionar, porém, não tem mais as referências dos objetos internos. Sem objetos internos, é possível pensar em um funcionamento que se dá totalmente no presente e que não pode acessar objetos internos, para lidar com angústias ou dar sentido às percepções. O demente ficaria, por conseguinte, completamente à mercê do ambiente externo, dos acontecimentos presentes que podem causar sentimentos de dor ou prazer ou medo etc. O trabalho do pensamento se torna lacunar e inconstante; o que resta de categorias lógicas pode sofrer variações, de uma hora para outra. A pulsão não encontra mais objetos internos para investir. Nesse momento, podemos fazer frente a um funcionamento em modo primário e perda de inibição de controle do Eu sobre o corpo, assim como as ações e todas as formas de manifestações físicas e mentais. O Eu se vê cada vez mais atravessado por desejos, sem conseguir mitigá-los. É difícil medir o sofrimento de alguém que se vê privado de seu aparelho de pensar, todavia, podemos imaginar que o pensamento funcionaria mais em termos de imagens e sensações do que em raciocínio abstrato. O Eu se aproximaria, então, de um funcionamento puramente embasado no polo perceptivo, em perceber e dar sentido às percepções com fragmentos de objetos internos que lhe restam. Esse sonho-vigília seria uma espécie de atividade autoerótica. A regressão do Eu faz com que o material pulsional seja diretamente tratado pelas imagens que chegam do polo perceptivo. Percepções da realidade são coladas a traços mnêmicos, resultando em manifestações bizarras. As palavras se destacam das coisas, em um movimento de desligamento: vislumbramos um pensamento em arquipélago.

Para M'uzan (1997), a linguagem pode ter uma função de descarga motora, quando perde sua função simbólica. Existiria uma diferença entre um *acting out* indireto, que aconteceria na situação de transferência e que poderia ser entendido como uma forma de simbolização, e um *acting out* direto, o qual ocorreria na vida do analisando e poderia ser relacionado às formas de repetições observadas na fase final da demência. O *acting out* direto seria a repetição de uma repetição, pois não é uma lembrança, mas o traço de uma ação que se repete, uma ação que já estava sendo repetida sem sentido. É uma manifestação que não envolve nenhum elemento de um passado escrito. Apesar de esse ato fazer referência a uma situação real do passado, tem apenas valor de um grito, de uma exigência que se repete, porque não entra no jogo de uma construção que implica a presença de um terceiro.

Na verdade, no estágio avançado da doença de Alzheimer, o investimento na motricidade permite lidar com a ameaça de despersonalização, pois seria uma tentativa de investir nas fronteiras do Eu que estão se perdendo.

O autor evoca a psicossomática, para explicar como a libido pode investir o corpo de forma direta, sem um processo prévio de simbolização, como se fosse um objeto externo, cortado do aparelho psíquico:

A descarga maciça traz um curto circuito para o trabalho que articula as diversas representações para chegar a uma modificação funcional acompanhada de uma tendência a liberação pelo ato ou ação. Ação que ainda pode retrair uma história mais ou menos esquecida. Enfim, quando o degrau da ação sofre ele também um curto circuito, o destino do processo de afetação não permite mais que se fale de afeto, pois ele pode se tornar totalmente silencioso. As forças não encontram mais nenhuma qualidade, e contribuem assim a uma forma de excitação pura que tende a procurar descarga no corpo orgânico, que seria um lugar onde tal processo poderia funcionar se o aparelho psíquico o tratar como um mundo exterior. Esta forma de ir e vir quase sem sair do lugar, que rejeita o corpo próprio e procura o caminho mais curto, impõe fortemente a ideia do princípio de inércia ou de nirvana. Reconhecemos aqui certos aspectos do que chamamos de ordem psicossomática. (M'UZAN, 1997, p. 102).

Na demência, vemos que o sujeito vai perdendo esse estofo, esse conforto que a simbolização traz. Não é mais possível investir em representações psíquicas. A relação se dá com os objetos em si e o sentido vem da junção e articulação de sentidos esparsos, perdidos, talvez distantes na cadeia de associação. Assim, é difícil para quem está de fora compreender o raciocínio por trás das falas e ações do doente. Seria como uma linguagem nova, paralela, a qual precisa ser decodificada para que a comunicação possa acontecer, mesmo que de forma rudimentar. Se algo puder ser decifrado nesse esforço de comunicação, o paciente poderá se sentir minimamente compreendido e menos sozinho, nem que apenas por um breve instante. Neste relato de um atendimento que fiz, é possível vislumbrar o tipo de relação possível com um paciente nesse estágio da doença:

Na primeira visita à clínica, fui sozinha e encontrei vários idosos tomando sol. Fui apresentada à Nice por uma funcionária da clínica que disse que ela estava em um ótimo dia. Nice me beijou e me abraçou, foi carinhosa, sorriu bastante. Tinha dificuldade para falar e para entender o que lhe era dito. Pegou no meu braço e fomos passear. Enquanto andava pelos cômodos da instituição, lia palavras que encontrava pelo caminho, em objetos como no extintor de incêndio. Perguntei sobre a cidade onde morava e sua vida. Ela respondia com frases curtas ou repetia o final de minhas perguntas, não conseguia falar sobre quem era, apenas comentava sobre o ambiente ao redor. Perguntou se já tínhamos ido passear, entendi seu pedido e fomos passear novamente. Depois, sentamos para esperar o horário do almoço. Demos risada das coisas engraçadas que aconteciam. Na hora de ir embora, se agarrou a mim e parecia não querer que eu partisse. [...] Aos poucos, uma rotina foi se estabelecendo nesses encontros: eu chegava e Nice ficava muito feliz em me ver. Falávamos sobre sua mão gelada, sobre o tempo, sobre as pessoas que passavam e claro, sobre o fisioterapeuta.²² Depois de um tempo, ela pedia para passear. Eu a desamarrava e, com meu auxílio, nós caminhávamos pela clínica. Eu lhe apresentava as coisas, dizia que ela estava em uma clínica e lhe mostrava cada cômodo, explicava o que estávamos vendo, o que acontecia e para que os objetos serviam; tentava situá-la no tempo e no espaço. No fundo do galpão, havia uma

²² Nice estava apaixonada pelo fisioterapeuta, jovem e atraente.

gaiola com um papagaio. Nosso passeio sempre terminava lá, conversando com o papagaio. Ao longo do passeio, também éramos cumprimentadas pelas moças que trabalhavam na instituição, o que deixava Nice muito feliz. Às vezes, interagíamos com outros moradores, principalmente homens, pois Nice gostava de paquerar. (CHERIX, 2013b, p. 141).

Nesta tese, optamos por não escrever a respeito de recursos terapêuticos possíveis de serem usados na clínica com pacientes com Alzheimer, mantendo o foco nos aspectos teóricos. Porém, é importante frisar que, mesmo frente à desintegração do Eu, o investimento libidinal, por meio de atividades, do contato com o outro, pode fazer diferença para o seu funcionamento psíquico, mesmo se este parece inexistente ou incompreensível. Aqui pensamos numa terapêutica como a apresentada por Green, na clínica do vazio ou dos pacientes *borderlines*, uma clínica onde o terapeuta sai da sua posição de neutralidade e oferece seu próprio psiquismo e até seu corpo com o intuito de gerar ligações psíquicas capazes de organizar ou estimular o pensamento do paciente.

Surgimento dos sintomas demenciais como um mecanismo de defesa

O fantasma do Alois aparece à minha frente. Tento me dizer que minha memória sempre foi temperamental, que desde criança ela já me traía, que eu sou assim e não de outra forma, mas não funciona. A convicção de que o Alzheimer finalmente me pegou toma conta de todo tipo de raciocínio e eu me vejo próximo do último degrau da doença, tendo perdido o contato com o mundo e comigo mesmo, coisa viva que não se lembra de ter vivido. (PENNAC, 2012, p. 347).

Para Perruchon (1994), o julgamento de existência (decidir se algo percebido deve ou não ser posto dentro do Eu) é mais prejudicado que o de atribuição²³ (decidir se algo é ruim ou bom), na demência, porque, para exercer o julgamento de existência, é necessária a noção de separação dentro/fora, a qual se perde. O sujeito com demência não é mais capaz de usar o recalque, porque o Eu, sem ter acesso às representações, não é mais capaz de exercer sua função de manter o princípio de realidade. No entanto, para a autora, a frustração na situação da demência não seria tão intensa quanto na psicose, na qual a projeção e a rejeição se tornam o mecanismo de defesa principal. O mecanismo de defesa principal na demência seria a recusa, o não entrar em contato com certas percepções da realidade. Não obstante, o funcionamento psíquico na demência seria distinto do da perversão, pois a recusa, na demência, não levaria a uma clivagem, onde o sujeito alterna entre saber e não saber. É possível pensar na demência como uma patologia da quebra das ligações, assim, como afirmado por Le Gouès, estaríamos diante de ilhas de saber e não saber sem conexões entre elas. O objeto bom continua a existir, está desaparecido e precisa

²³ Aqui, Perruchon se refere ao texto *A negativa*, de Freud (1925b/2007).

ser encontrado simultaneamente. A desintegração do Eu e do pensamento permitiria que algumas representações ainda existissem, porém, sem elo entre elas.

Quando o investimento na realidade externa não acontece mais, são as representações internas, caóticas, do passado que são investidas para se fugir do desinvestimento total. Estaríamos diante de uma “demência rica”, na qual as alucinações mnêmicas são a principal defesa. Quando essas produções psíquicas se perdem também, entramos numa “demência pobre”; em face do vazio mental, o demente se apegue a objetos que estão sendo vistos (elevador, extintor, móveis) e passa a se relacionar com eles, a descobri-los, a descrevê-los de forma confusa. As palavras parecem não ter uma conotação simbólica, são apenas descritivas. A palavra e a coisa se confundem, a palavra parece ter-se tornado algo concreto, apenas um som, pois não tem mais um significado simbólico. O trabalho de simbolização não pode mais acontecer, já que o símbolo nasce da ligação entre dois elementos distintos, e a pulsão de morte, no auge de sua força, não possibilita mais conexões. Um exemplo intrigante é quando o idoso com demência não se reconhece mais no espelho e passa a se incomodar com sua imagem, como se fosse outra pessoa. O objeto externo, a percepção, toma o lugar da representação. O objeto externo passa a ter função de objeto interno, de sorte que os cuidadores podem se tornar um Eu auxiliar, desenvolvendo uma relação de muita dependência com o idoso. O cuidador pode ser visto como um objeto interno altamente idealizado, do qual o idoso depende narcisicamente.

O conceito de “demência pobre” de Perruchon poderia ser aproximado do conceito de psicose branca, de Donnet e Green (1973), e do de psicose fria, de Kestenberg (1958/2001). Este apresenta a hipótese de que a intensidade pulsional que eclode com as transformações da adolescência pode sobrecarregar o psiquismo, culminando no aparecimento de um quadro psicótico. Até esse momento, o sujeito conseguiu dar conta da desorganização das relações objetais precoces e dos investimentos narcísicos frouxos, contudo, esse frágil funcionamento é colocado à prova, na adolescência.

Esse raciocínio me parece relevante para a clínica do envelhecimento, que, como a adolescência, se mostra um momento de transformação importante para o sujeito. É comum ouvirmos relatos de pessoas que, durante a vida adulta, revelaram-se relativamente funcionais e que, diante de mudanças ligadas ao envelhecimento, podem desorganizar-se rapidamente, de maneira surpreendente para todos ao seu redor.

Podemos considerar que esse fenômeno se explicaria pelo fato de que, durante o processo de envelhecimento, o aparelho psíquico se vê chamado a lidar com uma grande

quantidade de excitações provenientes de mudanças na realidade externa – como a transformação do corpo e do lugar social previamente ocupado – e mudanças na realidade interna – como processos de luto, mudança da imagem de si e intensidades pulsionais provenientes de complexos infantis novamente investidos – além, obviamente, de uma transformação orgânica inegável que, como o cérebro está modificado pela usura do tempo, tem impacto no funcionamento psíquico. A causalidade psíquica de certos fenômenos revela-se complexa, dentro da lógica das séries complementares de Freud, já que o aparelho psíquico é modificado pelos eventos da realidade externa e, simultaneamente, o funcionamento psíquico modifica a realidade percebida. Em *Conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1916a/2016), Freud afirma que ambos os fatores, endógeno e exógeno, são responsáveis pelo desencadeamento da neurose. O fator endógeno diz respeito à constituição biológica hereditária e à história sexual infantil, enquanto o fator exógeno se refere às frustrações causadas pelo meio externo. Desse modo, os impactos de eventos ligados ao processo de envelhecimento são completamente subjetivos e de modo algum podemos ter acesso à maneira como eles estão sendo tratados e integrados à história do sujeito.

O que podemos supor é que esses processos estão sendo acolhidos por um psiquismo marcado por uma história infantil, a qual, apesar de recalcada, se mantém como guia na constelação de ligações que orienta a organização psíquica. Além desse aspecto inconsciente altamente determinante, o sujeito também é portador de uma história adulta que vem tensionar tais conteúdos infantis de uma forma singular. É nesse terreno demasiadamente habitado por fantasias, eventos, complexos, traumas, afetos e representações, que o processo de envelhecimento virá a somar. Nessa perspectiva, o envelhecimento não é algo externo imposto ao sujeito, mas um processo interno que tem suas raízes em uma história profunda e desconhecida.

Como na hipótese de Kestenberg, onde a adolescência pode se mostrar como reveladora de uma psicose até então escondida, o envelhecimento pode igualmente revelar essa história desconhecida do sujeito e para o sujeito; conteúdos recalcados podem retornar e demandar elaboração e integração; uma fragilidade psíquica antes encoberta pode vir à luz.

Peixeiro (2009), inspirada pelo texto *Uma nota sobre o bloco mágico* (FREUD, 1925c), ressalta que as experiências ao longo da vida ficam guardadas, traços inscritos no sistema inconsciente e pré-consciente, nada se perdendo. Essas inscrições viriam à consciência, quando articuladas ao campo simbólico, ou seja, quando percepções do

mundo externo e objetos a convidariam a se associarem às cadeias de representações. Nesse movimento, algo que já estava guardado há muito tempo ressurgiu, reativado, acompanhado pela sensação de novidade, de surpresa em relação a algo desconhecido. O envelhecimento seria um momento propício para esse reencontro, já que as mudanças corporais e o trabalho de luto poderiam liberar grande quantidade de energia, abrindo espaço para traços da memória que buscam caminhos para se fazer novamente presentes. Estaríamos diante de “[... um processo de subjetivação da própria história, história que vai sendo construída por estes traços de vivências passadas e presentes que ao se encontrarem abrem campo para projetos futuros.” (PEIXEIRO, 2009, p.73). Assim, o sujeito procuraria um outro para escutar sua história, que o singulariza como sujeito e o assegura de sua identidade, numa tentativa de elaborar o que foi o que é e o que ainda pode ser:

Ou quando este passado ganha outros significados, tomando outras formas, na medida em que é compartilhado com a família, amigos, netos, grupos. Em ambos os casos o exercício de historicização está sendo realizado e o trabalho de luto pela própria vida, trabalho que é sempre parcial, realizado homeopaticamente e onde não há desfecho final, permanece ocorrendo. O luto, segundo Freud, trabalho pulsional de desinvestimento dos objetos perdidos e reinvestimento em novos objetos vai sendo realizado. A depressividade que caracteriza este trabalho acompanha o sujeito neste processo em um movimento de recolhimento para a recriação destes objetos de investimento, recolhimento necessário que se alterna com aberturas para o mundo. O movimento de fechar-se e abrir-se não deixa dúvidas sobre a passagem do tempo, enquanto há movimento, o tempo não deixa de passar. (PEIXEIRO, 2009, p. 74).

Desse modo, fica claro que muitos sujeitos, quando encontram apoio, são capazes de realizar o processo de luto e, de certa forma, acompanhar esse processo de passagem do tempo. É possível pensar que pelo menos uma parte do sujeito (mais consciente) conseguiria investir o presente (mesmo se uma grande quantidade de energia fosse investida em lembranças relacionadas ao passado, o que sustenta a identidade) e viver um presente que tem um sentido, mantendo a esperança de, no futuro, embora restrito, encontrar um objeto de desejo, algo que pudesse aliviar a falta. Caso contrário, correm o risco de ficarem aprisionados no tempo e não serem mais capazes de encontrar sentido no presente.

Em 1973, Donnet e Green propõem o termo *psicose branca*, inspirados no trabalho de Lewin²⁴. Dentro desse novo conceito teórico, a psicose seria entendida como uma defesa frente ao caos pulsional. Como Kestenberg (1958/2001), vão preconizar um tipo de defesa psicótica, na qual o sujeito não tem delírio, não cria uma nova realidade, mas se vê diante de um vazio do pensamento. Esse esvaziamento poderia ser concebido como uma defesa, para que situações difíceis não chegassem a ser conhecidas ou elaboradas.

²⁴ *Blank dreams and blank scream.*

Para Donnet e Green (1973), existiria uma estrutura invisível de base, uma condição para um possível desenvolvimento de uma defesa psicótica. Esse quadro poderia se manifestar de duas maneiras distintas: pela construção de um delírio (forma clássica de diagnóstico de psicose) ou por uma depressão ou psicose branca, quando são as ligações, o próprio pensar que se vê atacado e deformado.

Em *L' enfant de ça*, os autores analisam exaustivamente o relato único de um paciente, numa entrevista em um hospital psiquiátrico, o caso Z. Z nasceu da relação de um genro com a sogra, gestação que causou a separação dos dois casais. Os autores frisam o efeito psicotizante dessa revelação, a qual acontece no momento em que o paciente entra na vida adulta. A situação provoca um acúmulo de sentimentos de vergonha e culpa, os quais não podem ser devidamente elaborados. Z tem que dar conta de uma angústia traumática que ressurge em relação à cena primária. Numa tentativa de lidar com essa angústia, o paciente é lançado em um processo de regressão. A clivagem do Eu é entendida como uma defesa, a deformação do Eu tem por intuito proteger o sujeito de uma cascata de revelações, no sentido de novas relações e descobertas que poderiam ser feitas, a partir dessa revelação, e que são sentidas como altamente ameaçadoras. Z impediria, assim, os pensamentos de se associarem para proteger-se da conclusão inevitável e terrível a que a concatenação dos mesmos o levaria. O contato com esse paciente os fez refletir sobre um tipo de defesa psicótica que mutilaria o próprio aparelho de pensar. A defesa conhecida por alucinação negativa ocuparia um espaço privilegiado, nessa espécie de funcionamento psíquico, pois permitiria um não reconhecimento de fatos desagradáveis.

Freud aborda esse tipo de mecanismo de defesa, no texto “Fetichismo”, de 1927. Nesse artigo, comenta a respeito de pacientes que elegeram partes do corpo do parceiro pouco comuns como eróticas, por exemplo, o nariz – e, no caso, o nariz seria um substituto do pênis da mulher:

Por isso logo me apresso a acrescentar que não se trata de um substituto para um pênis qualquer, e sim para um pênis específico e muito especial que – posteriormente perdido – foi importante na primeira infância. Ou seja, trata-se de um pênis que em casos normais devia ter sido abandonado ao longo do desenvolvimento, mas que o fetiche tem a função de preservar. Para expressá-lo de modo ainda mais claro: o fetiche é um substituto do pênis da mulher (da mãe) em que o menininho outrora acreditou e do qual – bem sabemos o porquê – não quer de modo algum abdicar. (FREUD, 1927/2007, p. 162).

Freud salienta que, nesse caso, o menino se recusa a tomar consciência de um fato trazido pela percepção. Ter consciência dessa percepção seria inevitavelmente chegar à conclusão de que o menino pode perder seu próprio pênis e, assim, se deparar com

a angústia de castração, como desenvolvido no Capítulo 2 desta tese. Nesse momento, explica a diferença entre o mecanismo de defesa do recalque, que retira da consciência um afeto ligado a uma representação, e o da recusa, no qual a percepção permanece, porém, uma forte energia é usada para que ela não entre na consciência. O aparelho psíquico chega a uma forma de compromisso na qual sabe e não sabe da informação, simultaneamente, para evitar o conflito:

[...] a criança ao mesmo tempo manteve esta crença [de que as mulheres possuem um pênis], mas também a abandonou. No conflito entre o peso da percepção indesejada e a força de seu contradesejo, ela chegou a um compromisso intermediário, tal como só poderia ocorrer, sob a égide das leis inconscientes do pensamento – os processos primários. Sim, em sua psique a mulher teve um pênis, mas este pênis não é mais o mesmo de antes. Outra coisa tomou o seu lugar e tornou-se seu substituto, de modo que este substituto herda agora todo o interesse anteriormente dirigido ao seu predecessor. Além disso, nota-se que o horror à castração levou o feticista a erguer – por meio da criação deste substituto – um monumento que não deixa este horror ser esquecido e convoca com maior intensidade ainda este interesse antes voltado ao pênis. [...] [o fetiche] permanece como indício do triunfo sobre a ameaça de castração e como uma proteção contra ela. (FREUD, 1927/2007, p. 162-163).

Conforme Freud, acontece então uma divisão (*Spaltung*) que faz o sujeito oscilar entre duas verdades opostas. Em *A cisão do Eu no processo de defesa* (1938/2007), afirma que diante de uma realidade que pode frustrar a possibilidade de satisfação pulsional, a criança pode rechaçar a realidade e rejeitar as proibições que vêm de fora, com o alto custo de causar uma cisão em seu Eu:

O Eu terá então que optar por reconhecer a existência deste perigo real, submeter-se a ele e renunciar à satisfação pulsional, ou renegar (*verleugnen*) a realidade, o que lhe permitiria se convencer de que não há razão para qualquer temor, e manter-se concentrado na busca de satisfação pulsional. Haveria, neste caso, portanto um conflito entre a reivindicação pulsional e as objeções por parte da realidade. (FREUD, 1938/2007, p. 173).

Como esperamos ter mostrado, ao longo desta tese, no processo de envelhecimento, em face de frustrações trazidas pela realidade como as limitações do corpo, perda de autonomia e perda de *status* social, o sujeito pode se encontrar diante de um conflito que requer o uso do mecanismo de defesa da recusa (*Verleugnung*), pois a aceitação da nova realidade implicaria aceitar a perda de formas de satisfação pulsional. Isso causaria um tal grau de ameaça narcísica que recusar a realidade se colocaria como uma defesa menos danosa. No entanto, Freud adverte:

Esse resultado tão bem-sucedido só foi alcançado ao preço de um rompimento na tessitura do Eu, a qual não mais cicatriza, ao contrário, só aumenta à medida que o tempo passa. Assim, as duas reações opostas as quais o Eu respondeu ao conflito passam a subsistir como núcleo de uma cisão no Eu. (FREUD, 1938/2007, p. 174).

Assim, seria possível fazer uma aproximação entre o fenômeno de cisão no Eu, como descrito por Freud, e os sintomas da doença de Alzheimer. É possível pensar que, frente aos sintomas da doença, o sujeito tenha a vivência de cisões, num processo sem volta, em que cada

vez mais aliena partes de si, sem poder mais recuperá-las. Esse processo de escotomização, de cortes de partes do Eu, levaria a uma diminuição progressiva do Eu até seu completo desaparecimento. Na tentativa de proteger-se de percepções da realidade dolorosas e de conclusões a respeito de sua história, o aparelho psíquico perde funções essenciais do Eu, passando a funcionar de modo distinto do que funcionava antes. Nesse artigo, Freud dá o exemplo de um menino que foi surpreendido, tomando um susto pela falta de pênis na menina. Numa analogia, podemos imaginar que, para alguns sujeitos, o susto frente a novidades do envelhecimento que ecoam em conteúdos infantis recalcados e, principalmente, no complexo de castração, seja tão intenso que coloque em ação o mecanismo de defesa da recusa. Freud frisa que esse mecanismo de defesa é distinto do da psicose, no qual se alucina um pênis por não conseguir lidar com a falta dele. Na recusa, o menino deslocou o valor do pênis para outro lugar. Assim, poderíamos pensar que se, na doença de Alzheimer, estaríamos diante de um mecanismo parecido, a realidade seria levada em conta em alguma parte do sujeito, na parte que foi cindida do Eu consciente, e que os afetos ligados a esse saber (como a satisfação do fetichista que se desloca do pênis para o nariz) são deslocados. A pulsão não poderia encontrar satisfação na realidade da mesma forma que antes, entretanto, também não seria privada de encontrar satisfação, pois, por meio do compromisso da cisão, encontraria satisfação no mundo interno. Nesse sentido, assistimos a um sujeito que se afasta cada vez mais da realidade compartilhada em prol de garantir a satisfação pulsional, através de objetos internos, num primeiro momento, e por vias de investimento direto na realidade, uma vez que o investimento em representações não é mais possível.

O exemplo citado por Freud, do menino que continua a se masturbar, sem ter medo das interdições paternas, lembra-nos pacientes na fase avançada da doença de Alzheimer, os quais podem dar vazão a seus desejos, sem preocupação com as interdições sociais ou o ambiente à sua volta.

Considerando os pacientes com Alzheimer, poderíamos asseverar que alguns teriam uma fragilidade psíquica que os manteve funcionais, durante a vida, mas que um evento do presente, do momento do envelhecimento, pode tocar em constelações do infantil ligadas ao Édipo ao Complexo de castração, de sorte a inundar o psiquismo que procuraria conter essa avalanche pulsional com defesas neuróticas, como o recalque, e, se isso não fosse suficiente para conter a angústia, entraria em um processo de regressão e no uso de defesas relacionadas à perversão e à psicose, como a alucinação negativa e a clivagem.

No final do romance *Para sempre Alice*, a personagem faz um discurso para explicar, num congresso médico, como é sua vivência como sujeito atingido pela doença

de Alzheimer. Esse discurso me parece enfatizar a maneira como o Eu se vê cortado progressivamente de partes de si, fundamentais para seu funcionamento e para o reconhecimento do sujeito como portador de um Eu coeso:

Já não trabalho em Harvard. Já não leio nem escrevo artigos nem livros sobre pesquisas. Minha realidade é totalmente diferente do que era, não faz muito tempo. E é distorcida. As vias neurais que utilizo para compreender o que vocês dizem, o que penso e o que acontece à minha volta estão obstruídas por amiloides aderentes. Luto para encontrar as palavras que quero dizer e muitas vezes me ouço dizer as palavras erradas. Não posso confiar na minha avaliação das distâncias espaciais, o que significa que derrubo coisas, levo muito tombos e sou capaz de me perder a dois quarteirões de casa. E minha memória de curto prazo está por um fio, por um fio esgarçado. Estou perdendo meus “ontens”. Se vocês me perguntassem o que fiz ontem, o que aconteceu, o que vi, senti e ouvi, eu teria muita dificuldade para fornecer detalhes. [...] Não me lembro do ontem nem do ontem antes dele. E não tenho nenhum controle sobre os ontens que conservo e os que são apagados. Não há como negociar com esta doença. (GENOVA, 2009, p. 239).

Vemos, nesse trecho, a ilustração da invasão do outro em mim, pois cada vez mais conteúdos são jogados para fora da consciência e retornam de forma incontrolável. O sujeito não parece mais mestre de suas ações, pensamentos ou discurso. O Eu não consegue mais controlar essas irrupções do inconsciente.

Para Freud, a marca da psicose estaria ligada ao problema da transformação do pensar. A psicose poderia ser compreendida como um conflito entre a pulsão e o pensamento; o pensamento seria, portanto, atacado pela pulsão. Na neurose, os pensamentos podem ser subvertidos pelo desejo, mas o aparelho de pensar continua intacto. Na psicose, tanto os processos secundários como os primários seriam danificados. Por um lado, na psicose com delírio, o processo primário faria uma construção delirante, numa tentativa de cura. Essa construção se faz por meio de um aparelho psíquico deformado na sua integridade. A psicose poderia ser mais identificada na maneira de pensar do paciente do que no conteúdo dos seus pensamentos. O que distinguiria o delírio não é o excesso de significação, todavia, o sistema de relações que une essas significações e dá sentido a elas. Por outro lado, na psicose branca, aparece uma inércia psicótica, uma morte psíquica, um constante desfazer como medida para prevenir a emergência de um caos pulsional. O que a caracterizaria seria justamente essa espécie de depressão expressa na retirada dos investimentos e na fraqueza das ligações e do sistema de conexão do pensar (DONNET; GREEN, 1973).

No funcionamento psicótico, o Eu funcionaria dentro do Isso e enfrentaria um duplo combate: contra a realidade externa e contra os representantes da realidade dentro do Eu (ideias e pensamentos). O pensamento precisaria ser negativedo, o Id conduzido a uma

negativação destrutiva que levaria à alucinação negativa de um pensamento e, em longo prazo, ao esvaziamento do próprio pensar:

Mas, quando este branco, ao invés de se manter entre as representações e as pulsões – pausa que permite ao pensamento “respirar”, antes de se lançar para a frente ou outro lugar, caminhar no espaço que ela estrutura, atravessando-o de ligações concatenadas –, quando então este branco sai dos limites, apaga as representações e os pensamentos antecessores e sucessivos, quando, enfim as ligações são rompidas, pois não há mais nada a ser ligado, então não se trata somente de alucinação negativa, mas de alucinação negativa do pensar que se instala. (DONNET; GREEN, 1973, p. 260).

Nesse ponto, estaríamos em face de uma nova defesa, a alucinação negativa do pensamento, que, sob o domínio da pulsão de morte, esvaziaria o pensar e impediria a formação de novos pensamentos. O vazio seria claramente o efeito da pulsão de destruição nos processos de ligação e teria por função evitar um aumento de consciência, tanto da realidade psíquica como da externa, ambas ameaçadoras. Paradoxalmente, o desinvestimento aconteceria para proteger os investimentos da destruição, adiantando-se, assim, em uma forma de operação suicida. O pensamento devora a si mesmo, ao tentar dar conta da pulsão; desfazendo-a, o sujeito se desfaz a si mesmo.

Ao aproximarmos os conceitos desenvolvidos por esses autores, a respeito da psicose branca, com o quadro de desorganização psíquica presente na doença de Alzheimer, não procuramos de forma alguma comparar a demência com a psicose. Apesar de, em um quadro avançado de demência, encontrarmos sintomas psicóticos, etiológicamente, trata-se de quadros distintos. Nosso objetivo com essas aproximações psicopatológicas entre esses dois campos é de procurar promover, costurar, criar referências teóricas para o campo ainda pouco explorado da psicopatologia psicanalítica do envelhecimento. O objetivo seria o de levantar descrições de processos semelhantes, mesmo com etiologias distintas. A meu ver, essas elucubrações teóricas podem ter um impacto na prática clínica e na qualidade de vida desses pacientes, se, de algum modo, nos permitirem estar mais próximos de suas realidades psíquicas.

Como pensar a experiência psíquica de um sujeito com demência? Como é possível existir uma separação entre um Eu consciente da realidade externa e da realidade interna, que percebe que algo está errado, e outra parte que não quer olhar para os problemas? Como lidar com esse outro em mim, que, diferentemente da neurose, não nos deixa mais ter a ilusão de que podemos mantê-lo relativamente sob controle? Como lidar com esse tipo de angústia? Como enfrentar o fato de que estamos diante de um processo orgânico que levará à nossa morte psíquica? Como lidar com pacientes e familiares que se encontram nessa experiência de confusão psíquica, de progressivo distanciamento de si e

da realidade, de um progressivo desligamento do mundo e da sua história, embora fisicamente presentes?

Nesse cenário apocalíptico, podemos crer que a psique cria meios para evitar e simultaneamente lidar com essas novas experiências, tal como formulado por Freud, quando apresenta os mecanismos de defesa. As relações com objetos reais ou alucinados podem servir de muleta ao Eu, que tenta conservar um sentimento de identidade, o qual se encontra ameaçado pela desintegração do aparelho psíquico e pela perspectiva da morte. O falso reconhecimento, a troca de uma pessoa por outra, teriam função de paraexcitação e poderiam funcionar como uma forma de proteger o sujeito de intensidades traumáticas. Laplanche e Pontalis (2001) definem o termo como uma função que poderia proteger o organismo contra as excitações provenientes do mundo externo, que, se muito intensas, poderiam ser sentidas como ameaçadoras. Em *Além do princípio do prazer* (1920/2006), Freud utiliza a imagem da vesícula para mostrar que o aparelho psíquico estaria recoberto por uma membrana capaz de absorver os choques e preservar as camadas internas.

A pulsão busca objetos para investir e, em face da falta de objetos internos e externos, alucina. A troca com o objeto fica cada vez mais pautada numa relação regressiva, na matriz da relação materna, no registro da oralidade. Quer dizer, o sujeito se vê numa situação de desamparo e dependência, como a experimentada após o nascimento, funcionando numa relação simbiótica com o cuidador, a qual não comporta as noções de tempo e espaço, de dentro e fora ou de eu e outro. Perruchon (1994) cita a simbiose defensiva de Mahler (1993), a identificação narcísica de Freud e a identificação adesiva de Ciccone e Lhopital (2001) como formas de mecanismos de defesa usados pelos sujeitos com demência.

No começo dos sintomas de demência, acompanhamos um sujeito em aparente dúvida entre sonho e realidade. Como as novas percepções não podem ser transformadas em representações e associadas a afetos e representações mais antigas, assistimos a um sobreinvestimento do passado e do mundo interno, para transpor o “buraco” deixado pelo presente que não pôde chegar a existir. Aos poucos, com a porosidade no aparelho psíquico, o sonho e a alucinação passam a dominar a atividade psíquica. Quando nenhum tipo de atividade psíquica é mais possível, a ação passa a ser investida pela pulsão.

Para Perruchon (1994), a demência seria o contrário da sublimação, porque a sublimação necessita de um processo de simbolização e, logo, de uma situação de relação entre representações. A autora chama de *ecmenesia* o fenômeno no qual as representações do

passado se tornam experiências do presente. Esse tipo de “equação representacional” teria por função negar a ausência do objeto ou a impossibilidade de inscrição da percepção atual, de falta. O segundo argumento seria o de que toda sublimação teria a ver com uma substituição do primeiro objeto de amor. O trabalho de criação viria de um trabalho de elaboração pela perda do objeto de amor. É um trabalho de união guiado pela pulsão de vida. O trabalho do artista, por exemplo, pode permitir uma restauração narcísica do sujeito. A sublimação, assim como a função de ligação, estaria do lado de Eros e teria força para se opor ao trabalho do negativo, da pulsão de morte, promover obstáculos ao imperativo da força desintegradora. A sublimação propicia a criação de novos objetos para o investimento da pulsão.

Na demência, essa substituição não seria feita de forma criativa, pois o idoso procura retornar à relação concreta com o objeto primário; não há elaboração da falta, não estaria fazendo um trabalho de luto. A autora retoma sua hipótese, segundo a qual a demência poderia ser entendida como uma patologia do investimento, visto que os sintomas de alteração psíquica apresentados na demência poderiam ser concebidos como uma tentativa de luta contra uma desorganização psíquica ligada a uma mudança no funcionamento orgânico, que acontece com a perda neuronal. Por meio do estudo dos sintomas psíquicos da doença, vemos um psiquismo tentando fazer um trabalho de ligação e descobrir novas formas de canalizar a energia pulsional.

O conceito de sublimação, ao qual se refere Perruchon (1994), aparece pela primeira vez na obra freudiana, em 1905, com a ideia de um desvio por meio da fantasia ou de fachadas psíquicas que impedem a emergência das recordações à consciência.

No início de sua concepção, a sublimação concerne a atividades capazes de operar uma mudança de meta da pulsão sexual, atividades não mais de cunho sexual, como a criação artística, a investigação intelectual e atividades valorizadas socialmente: “[...] uma vez mantido o mesmo objeto, a deserotização da pulsão o enviaria para o plano do sublime, em detrimento do erótico.” (LOFFREDO, 2014, p. 32). Em 1915, a sublimação aparece como um caminho possível para o escoamento da pulsão: inibida em sua meta, a pulsão obtém uma satisfação parcial. Nesse texto (FREUD, 1915c), são apresentados os destinos que podem proteger o Eu da força da pulsão. A reversão, ao contrário, voltar a força da pulsão contra si, o recalque e a sublimação. O recalque seria o único destino pulsional que não traria prazer. O recalque não modifica a pulsão, apenas tira o seu representante de cena, enquanto a sublimação modifica a meta e o objeto da pulsão, contudo, os dois funcionam como diques, freando a força da pulsão (LOFFREDO, 2014).

O mecanismo de defesa do recalque e, por consequência, a sublimação não funcionam mais corretamente, desde a fase intermediária da doença de Alzheimer, pois o Eu não se encontra mais coeso e não consegue mais servir de mediação entre a pulsão e os objetos internos ou externos. Porém, é possível observar que os pacientes sentem grande prazer com atividades artísticas ou de expressão corporal, mesmo se estas não encontram mais um significado coletivo, mas ainda podem ser entendidas como uma forma de deslocamento da pulsão ou de sublimação, capaz de oferecer uma simbolização mínima ou, ao menos, um objeto de investimento à força pulsional.

Segundo Loffredo (2014), em 1908, Freud afirma que a civilização tem o papel de suprimir os impulsos sexuais; com efeito, a sexualidade humana é, em sua origem, perverso-polimorfa e precisa ser recalçada. O desvio da pulsão sexual pode oferecer grande energia para atividades civilizadas: “Estamos lidando com instintos sexuais que se acham desviados de suas metas originais, sem por isso atuarem com menos energia.” (FREUD, 1921/2011, p. 59). Para Mijolla-Mellor (2005), a sublimação seria uma astúcia individual, porque, em face da repressão da satisfação pulsional imposta pelo social, o indivíduo encontraria uma forma de obter prazer, trocando o objeto da pulsão por um socialmente valorizado. Nesse movimento, o indivíduo se mostra astuto, não só por ultrapassar a barreira imposta pelo social (podemos pensar na imagem da água de um rio que passa por cima de um dique, o qual tentaria contê-la), mas também por enganar o Id, na sua expectativa de satisfação sexual plena. Nesse sentido, a sublimação teria uma característica de transgressora, assim como a perversão:

Podemos considerar que a energia libidinal, na perversão e na sublimação, operam ambas um movimento de contornar o interdito e conseguem, dentro de certos limites, não só a manter o fluxo mas que este fique mais forte por encontrar um obstáculo. No caso da perversão, a resposta é a “recusa”, quer dizer a negação e a aceitação simultâneas da existência da castração, e sobretudo, o desafio de não se deixar interditar. O obstáculo, no caso da sublimação, engendra a mudança do objeto e a da meta “para o alto”. (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p. 29).

Entretanto, é importante lembrar que parte da energia sexual deve ser usada para atividades sexuais, a fim de que não haja frustração. A esta altura, podemos fazer uma reflexão a respeito da atividade sexual na velhice e nos pacientes com Alzheimer.

Nogueira et al. (2013) realizaram uma busca em bases de dados brasileiras, cruzando as palavras "demência", "satisfação sexual", "intimidade" e "sexualidade". Descobriram que a intimidade e a vida sexual, na demência, são influenciadas negativamente pela relação de cuidados. Na verdade, a alteração de papéis na relação conjugal leva ao declínio da atividade sexual. Incontinência e falta de higiene pessoal

também foram apontados como motivos para o afastamento entre os casais. Os autores explicam que

[...] a deterioração do relacionamento conjugal pode estar mais especificamente associada aos sintomas de humor/apatia do paciente do que ao comprometimento cognitivo. Outras causas associadas à doença relacionam-se aos pacientes que se tornam mais egocêntricos e inflexíveis, além de diminuição da expressão verbal e alterações na personalidade (aumento de rigidez, apatia e egocentrismo, e controle emocional debilitado). Além disso, inúmeras mudanças negativas podem ocorrer no comportamento sexual do paciente, tornando-o incapaz de prestar atenção aos sentimentos e às necessidades sexuais de seu parceiro. Nos estágios mais avançados, há dificuldade em manter a concentração na atividade sexual e esquecimento de relações sexuais anteriores ocorridas no mesmo dia, o que resulta em incômodo aos cônjuges e frequência exacerbada da atividade sexual. (NOGUEIRA et al., 2013, p. 79).

Para Henning e Debert (2015), o saber acadêmico em relação ao tema da sexualidade no envelhecimento passou por três etapas. Na primeira, a velhice era vista como assexuada; na segunda, manter uma vida sexual ativa passou a ser uma obrigação, uma prescrição médica. Finalmente, num terceiro momento, abriu-se espaço para um olhar mais heterogêneo sobre essa época da vida e para a compreensão da sexualidade, na velhice, como uma continuidade da vida sexual infantil e adulta:

Parte-se de um cenário em que o erotismo dos velhos parecia a priori concebido como arrefecido ou, no extremo, como nulo – tal qual presente no “mito da velhice assexual” – para, como contextualizam Debert e Brigueiro (2012), um processo de inclusão quase obrigatória da velhice no curso da vida sexual. Nesse processo, a sexualidade na velhice de homens e mulheres torna-se um elemento ideal e defendido para que todos alcancem um envelhecimento positivo e bem-sucedido. Este tem sido o discurso propagado por uma parte significativa de gerontólogos, sexólogos, assim como de outros especialistas, o qual vem sendo progressivamente reverberado também pelos meios de comunicação de massa. (HENNING; DEBERT, 2015, p. 14).

Os autores frisam os limites do processo de erotização da velhice e apontam para um panorama além do heteronormativo, nos estudos nesse campo. Este trecho do artigo deixa claro que a experiência da sexualidade na velhice é heterogênea:

As investigações com grupos de senhoras de “terceira idade”, por exemplo, mostram que elas afirmavam estar vivendo a melhor etapa de suas vidas, posto que, entre outras coisas, a velhice lhes teria permitido liberar-se das obrigações do sexo. (HENNING; DEBERT, 2015, p. 19).

Já na doença de Alzheimer, o discurso dos especialistas classifica o desejo por atividade sexual como um sintoma da doença, como um desvio do comportamento (BRONNER et al., 2015). A sexualidade exacerbada do doente precisaria ser controlada pois seria extremamente danosa. As manifestações da sexualidade do idoso são compreendidas como “assédios” e como algo que deve ser censurado de fora, porque não pode mais ser censurado de dentro. No entanto, do ponto de vista econômico, seguindo o raciocínio de Loffredo (2014), percebemos que a falta ou impedimento da atividade sexual causa frustração e um transbordamento de energia libidinal que não pode atingir sua meta de satisfação com

nenhum objeto. Se pensarmos na saúde de um adulto, nem a masturbação, nem a atividade sexual de qualquer forma que for seria considerada um desvio ou um problema de comportamento, como o é na doença de Alzheimer. Assim, podemos levantar a hipótese de que a falta de atividade sexual agravaria o desequilíbrio econômico, no início da doença, e que o comportamento sexual considerado exacerbado, na fase avançada da doença, pode ser entendido como devido à desintegração do Eu e de uma busca direta por satisfação da pulsão sexual, além do aparecimento de desejos antes reprimidos e que, sem a defesa da repressão, vêm à tona. Não obstante, alguns artigos assinalam uma mudança de paradigma, no sentido de oferecer um espaço para intimidade e atividade sexual para pacientes com Alzheimer, inclusive em instituições de longa permanência (DUPRAS; BOUCHER, 2014).

Voltando à discussão acerca da sublimação, fica claro, como ressaltado por Freud, em 1920, que a pulsão é forte demais e a sublimação não daria conta da contínua tensão, sendo a atividade sexual, o recalque, a formação reativa e outros mecanismos de defesa igualmente importantes para dar conta da força pulsional. Loffredo (2014) compara os diferentes mecanismos de defesa, para melhor circunscrever o trabalho da sublimação. Na identificação, há uma renúncia ao objeto e uma alteração no Eu. Na idealização, o objeto foi conservado e superinvestido pelo Eu. Já na sublimação, há uma mudança da meta e do objeto da pulsão, o que favorece uma satisfação parcial. Desse modo, a sublimação contribui para o desenvolvimento do laço social e de relações duradouras, pois é justamente porque a pulsão está desviada da meta sexual e não encontra a satisfação plena que nos mantemos interessados nos objetos de amor. No período de latência, depois da passagem pelo Édipo, estabelece-se uma relação afetiva com os objetos, desviada de sua meta sexual. Os laços sexuais da infância continuam a existir, reprimidos e inconscientes. A parte sensual da pulsão está reprimida, porém, não sua intensidade, a qual ganha novo sentido e pode permitir grande prazer próximo ao sexual. A ternura surge como consequência do recalque e mantém a tensão para uma possível satisfação sexual que está recalcada, contudo, pulsa, desejante. A ausência de descarga conserva a relação investida, a pulsão se gasta no próprio movimento de investimento, ou seja, é necessário um investimento libidinal, para que o movimento de sublimação possa acontecer, na mesma linha do que Green comenta em relação à função objetualizante, a qual precisa ela também de energia libidinal para poder funcionar. Assim, o mecanismo da sublimação só pode acontecer depois de um primeiro recalque da parte sexual da pulsão (LOFFREDO, 2014).

Na demência, pode-se imaginar que cada representação recalcada, cada dique vai sendo destruído pelo transbordamento do Id, até os mais primitivos, relativos ao Édipo e ao incesto. A pulsão procuraria, assim, uma satisfação direta, pois, sem o mecanismo do recalque,

a sublimação não poderia mais ocorrer. Na fase intermediária da doença, o Eu não opera mais suas funções, inclusive a da inibição, e é a inibição da pulsão quanto à meta que permite a sublimação. Loffredo assinala que, segundo Freud (1921/2011), os instintos inibidos podem se misturar com os não inibidos e mesmo, num processo regressivo, voltarem a funcionar como não inibidos, sofrendo uma reversão. Isso explicaria os desvios no comportamento, na doença de Alzheimer, visto que, além do recalque, a inibição e a sublimação também não funcionariam. É possível pensar que, com a dissolução do funcionamento do Supra Eu, talvez antes da perda da funcionalidade do Eu, perde-se a noção da moral social e, nesse caso, a sublimação perde seu sentido.

Fica claro que a sublimação constitui um mecanismo importante do Eu para o equilíbrio da tensão no aparelho psíquico e que sua impossibilidade de funcionamento traria graves consequências econômicas. A trilha aberta por Loffredo (2014)

[...] permitiu evidenciar a posição nodal ocupada pela sublimação na arquitetura metapsicológica, desde que dela emanam questões cruciais relativas ao gerenciamento, por vias alternativas, tanto no âmbito individual como coletivo, dos investimentos libidinais afastados dos objetos e metas pulsionais originais. Embora não tenha recebido um acabamento teórico por parte de Freud, sua missão paradoxal é tão proeminente como a do recalque, permitindo uma alternativa à neurose e abrindo vias criativas e singulares, tanto nos traçados da infância como da vida adulta. (LOFFREDO, 2014, p. 195).

Um outro ponto de reflexão seria o de que é a sublimação que favorece as relações de ternura. Muitos familiares se queixam da falta de relacionamento afetivo com os pacientes, demarcando que não investem mais nos relacionamentos, não se mostram carinhosos. Na fase avançada da doença, o relacionamento com o outro parece se circunscrever à dependência e sobrevivência. Dentro da teoria freudiana, sem a possibilidade do recalque e da sublimação, o indivíduo não poderia desenvolver relacionamentos socialmente aceitos, baseados na inibição da meta da pulsão sexual.

Na compreensão dos sintomas da doença pelo ponto de vista da psicanálise, é possível crer que, se a atividade do pensamento funciona com energia sublimada, se a atividade de sublimação não pode mais acontecer, a atividade de pensar será prejudicada. Com o avanço do processo de desligamento gerado pela pulsão de morte, as atividades de união, como a sublimação, vão perdendo poder frente à força de desagregação:

São incluídos entre estes deslocamentos [da energia deslocável, ou seja, sublimada] processos de pensamento, para os quais está subjacente a sublimação da força pulsional erótica, ilustração exemplar de uma derivação com pouco gasto de energia. Vemos que esta energia é produto do processo sublimatório e pode reforçar indiferentemente uma moção erótica ou destrutiva [...] A sublimação está do lado da habilidade para deslocar e para unir, na linha do esforço por unidade que caracteriza o Eu. (LOFFREDO, 2014, p. 261).

Essa energia deslocável vem da sublimação que acontece por intermédio do Eu, o qual faz um movimento de incorporar para si a libido objetal e se colocar, assim, como único objeto de amor, dessexualizando ou sublimando a libido que vem do Id:

Este Eros dessexualizado se caracteriza por sua plasticidade e assim o torna apto a ser utilizado sobre qualquer tipo de objeto. Assim, a atividade sublimada dando-se como propriedade do Eu reforça o ato de investir e o sentimento de seu valor. (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p. 35).

Na demência, com o vazamento da libido que transborda, ao invés de ser investida, vemos que o Eu perde pouco a pouco a reserva de energia que lhe possibilita alimentar sua atividade psíquica.

Loffredo (2014) e Mijjola-Mellor (2005) também nos advertem para o perigo desse processo de dessexualização, porque a parte da pulsão de morte que se desliga da pulsão de vida, durante o processo, pode se expressar como agressividade, sobretudo do Supra Eu para com o Eu:

A operação da sublimação enfraqueceu a parte erótica [da pulsão] e esta não tem mais força para ligar toda a destruição que tinha sido transformada em identificação. A destruição fica assim livre para atacar o Eu. (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p. 63).

Se o Eu tiver força e energia suficiente, pode manter o princípio de realidade como forma principal de funcionamento do aparelho psíquico. Tal força necessária vem da pulsão de vida que foi dessexualizada no Eu. O Eu transmite essa energia vital do Id que ele apura e domina, usando-a para exercer suas funções. Se partirmos da hipótese de que, com base na fase intermediária da doença, o Eu não consegue mais assumir seu funcionamento, não haveria mais energia dessexualizada no reservatório. Sem a energia do Eu, não seria possível continuar a fazer o trabalho de dessexualização/sublimação, o qual propiciaria investir representações.

Fica claro que, em meio à regressão na qual se encontra o paciente, na fase avançada da doença, o psiquismo pode fazer apelo a objetos bons externos e internos, em busca de socorro. Bion (2013), graças a sua grande experiência clínica com pacientes graves, coloca algumas hipóteses acerca de como um objeto bom internalizado na primeira relação com o seio servirá de matriz para as próximas relações objetais. O autor reflete sobre a importância da internalização da função do objeto bom, como um modo de relação que é internalizado e não apenas a representação de um objeto. Inspirado em Klein (1946/1991), assevera que, diante de angústias primitivas, o bebê faz identificações projetivas, nas quais procura um objeto bom (a mãe) que possa introjetar seus sentimentos assustadores e depois devolvê-los a ele, de forma menos assustadora (função alfa). Conservar o que foi introjetado poderia ser compreendido como a formação da representação, para Freud. De acordo com Bion (2013), esse processo não é simples e pode acontecer um desencontro que dificulta esse mecanismo, ou porque o bebê

nasceu com excessiva quantidade pulsional de ódio e inveja, ou porque a mãe, por inúmeras razões, não conseguiria suportar os ataques do seu filho. Nesse caso, o ódio, ao não conseguir um objeto externo para acolhê-lo, permaneceria na própria criança, devorando sua psique, sua capacidade de pensar. O ódio seria primariamente projetado no ambiente. Sem encontrar um receptáculo para contê-lo, faz com que o entorno do bebê se preencha de objetos bizarros e maus.

Na linha de nosso raciocínio anterior, Bion afirma que, depois de esvaziar-se de sentimentos, o bebê (ou o paciente adulto) pode começar a esvaziar-se de funções mentais. Retomando o texto *A negativa*, de Freud (1925b/2007), vemos que, para diferenciar realidade e fantasia, para ter a prova do princípio de realidade, é necessário um passo anterior, que consiste em diferenciar o bom do ruim, sendo o bom identificado com o interno e o ruim com o externo. Ante muita angústia, em um mundo interno povoado de objetos maus, alguns pacientes podem iniciar um processo no qual a capacidade de julgamento também passa a ser clivada e projetada. O sujeito se vê cada vez mais esvaziado de objetos e funções que lhe permitiriam lidar com os conteúdos projetados, os quais retornam como objetos externos, levando assim a um efeito de bola de neve, a um círculo vicioso, a um esvaziamento sem fim. Para Freud, a criança sempre será capaz de construir uma concepção do seio, pela satisfação alucinatória do desejo. O que é sentido como mau e estranho é expulso, e o Eu se identifica com o bom e prazeroso. Conforme Bion, a via de realização alucinatória do desejo não está garantida. Se o bebê não consegue se livrar do que é mau pela projeção, isso continuará a persegui-lo. É crucial lembrar que a mãe não alimenta o bebê só de forma concreta, pelo seio, mas também o alimenta psiquicamente, sonhando seus sentimentos e estados mentais por ele. A relação com a mãe possibilita o desenvolvimento de uma função de ligação dupla: da mãe com a criança e de ligações intrapsíquicas, as quais vão permitir a construção de um sistema de signos capazes de ser usados pelo psiquismo, uma vez que a mãe não estará mais fisicamente presente.

Na demência, seria possível pensar que a capacidade de representação, ou seja, de manter os conteúdos e funções do pensamento intactas, no interior do sujeito, se perdeu. O entorno passa a ser procurado para conter as experiências emocionais intensas e cada vez mais desconexas da realidade externa. A presença de um objeto externo capaz de desenvolver uma função alfa poderia, a meu ver, trazer algum alívio em um mundo povoado por objetos maus e bizarros. Contudo, mais do que no plano das relações externas, o verdadeiro drama acontece na cena intrapsíquica, onde cada canto do Eu vai

sendo invadido e habitado pelo não Eu, onde o Eu se torna um oco, um vazio, um contínuo de evacuar e receber conteúdos estranhos, indecifráveis e ameaçadores.

Inspirado pelo trabalho de Bion, Green (2013) alerta para o perigo de se evacuar a totalidade da atividade psíquica primitiva, na evacuação dos elementos beta.²⁵ Para Green, a ação de evacuação seria a tentativa mais radical de negação, de interrupção do pensar. Na sua leitura da obra de Freud, parte do princípio de que existiria uma diferença entre o pensar e a atividade psíquica. As pulsões, por exemplo, enquanto representantes psíquicos, poderiam ser concebidas como uma atividade psíquica não pensada. De acordo com Bion, a experiência emocional seria a matriz do psiquismo e o pensar, um trabalho de digestão. Nesse trabalho de pensar por meio da projeção e introjeção, as ferramentas da negação e da identificação projetiva, se usadas em demasia, poderiam esvaziar a psique de todos os seus conteúdos e funções. Na opinião de Green, se o mecanismo do recalque não consegue mais dar conta da angústia, corre-se o risco de se usar a introjeção projetiva e o apagamento. Essa defesa consistiria em suprimir um conteúdo totalmente da psique e não apenas recalá-lo no inconsciente. Esse “buraco” criado na máquina de pensar funcionaria como um aspirador, o qual puxaria todos os conteúdos mentais ou pensamentos ligados à temática do conteúdo rejeitado. Nas palavras de Green:

Mais do que pensar em uma imagem despedaçada, somos confrontados à destruição da imagem, a seu apagamento, causando uma ferida no psiquismo, uma hemorragia da representação, uma dor sem imagem e sem marca, só um “estado de vazio”, um branco, um buraco. Bion mencionou o papel dos buracos negros no psiquismo que puxam e destroem os pensamentos. Ou a imagem global da situação é apagada ou restam traços fragmentados (que mais tarde se tornarão objetos bizarros) sem ligação para uni-los. Como diz Bion, o paciente psicótico tem “sequências”, mas ignora as “consequências”. As conjunções constantes são perdidas. (GREEN, 2013, p. 37).

Retomamos aqui o conceito de psicose branca, apresentado no início do capítulo. Assim, quando a defesa da recusa (*Verwerfung*) é colocada em prática, não estamos mais diante de um processo de defesa que empurra conteúdos para o inconsciente, todavia, em face de uma forma de pensar, de funcionar, diante de um processo de simbolização que já se encontra alterado em sua forma, em sua própria capacidade de simbolização, a qual pode ser ela também recusada e nunca mais encontrada.

²⁵ Termo usado por Bion (2013), para fazer referência a conteúdos não simbolizados, não digeridos, os quais podem invadir a psique, tanto vindo do Isso, da pulsão, do corpo, como de fora, também.

Considerações finais

O conceito de sintoma se encontra na origem da psicanálise, quando Freud procura escutar as pacientes histéricas, descobrir suas histórias ligadas à formação simbólica substitutiva. Esse ato faculta dar um sentido ao sintoma que o saber médico procurava eliminar sem compreender. Assim, inaugura-se a técnica psicanalítica de escutar o sujeito, em sua singularidade, sem perder de vista a produção de um sintoma que, este sim, parece poder ser generalizável. Se pensarmos que a inauguração da psicanálise está ligada com a descoberta de que a histeria seria o produto de um conflito psíquico gerado por um evento traumático que deixou marcas, mas que não é lembrado no estado de vigília, a compreensão da demência como um conjunto de sintomas ligados a eventos traumáticos desconhecidos e não elaborados entraria na continuidade desse modelo.²⁶

Podemos supor que, na histeria, estamos diante de um quadro de desligamento, em certa medida, do trabalho da pulsão de morte, já que o mecanismo de defesa da histeria consiste em retirar o afeto ligado a uma representação e deslocá-lo a outra. Ao construir essa explicação teórica sobre o sintoma histérico, foi possível criar um método terapêutico que permitisse unir novamente representação e afetos que tinham sido separados (associação livre). Se o maior sintoma na demência consiste em um funcionamento psíquico que tenta unir representações desligadas por conta de um sintoma orgânico, de certo modo, o psiquismo já estaria fazendo uma espécie de “associação livre”, tentando ligar representações e afetos que se encontram soltos. Nesse caso, qual seria o método terapêutico para aliviar a angústia que esconde perdas dolorosas? Uma hipótese seria de que o trabalho clínico consistiria em desfazer essas associações “estranhas” e usar o trabalho psíquico do analista para auxiliar o paciente a fazer novas conexões mais compreensíveis, mais socialmente aceitas. Não obstante, esse tipo de intervenção esbarra na técnica clássica da psicanálise, a qual preconiza a neutralidade do analista e a liberdade do paciente de chegar a suas próprias conclusões. Outra hipótese seria a de que, sem a oferta de representações organizadas no psiquismo, a pulsão busca objetos internos e externos para investir. Dentro dessa lógica, o trabalho terapêutico consistiria em oferecer objetos reais e simbólicos de investimento, para que a pulsão encontre outros objetos que possam ser destruídos e reconstruídos, além do próprio psiquismo do paciente.²⁷

²⁶ Podemos imaginar que a aplicação do modelo psicanalítico para ampliar a compreensão de patologias definidas por um conjunto de sintomas orgânicos acontece frequentemente, na clínica contemporânea, como é o caso da anorexia e das adicções, por exemplo.

Nesse sentido, o relato de Heloísa Seixas nos é novamente útil para ilustrar um psiquismo em busca de alguma forma de escoamento da libido, agora que as cadeias associativas se veem afrouxadas:

A todo momento, ajoelhava-se no chão para procurar na parte inferior dos armários alguma coisa que acabara de perder. Fazia isto tantas vezes por dia que seus joelhos começaram a ficar escuros, com calosidades. Era uma penitência. Houve um dia em que cheguei em casa e a encontrei assim, de joelhos no chão, revirando uma gaveta, em grande agonia. – O que você está procurando, mãe? Ela me olhou de relance, mas não respondeu. Continuou remexendo a gaveta, procurando, procurando. Seu rosto estava suado. Em seguida com um gemido, se levantou. – Meus joelhos... murmurou. Insisti: – O que você estava procurando? Ela tomou a me olhar. Seus olhos pareceram traçar, cada um, uma trajetória diferente. Havia um desnível entre eles, como se cada um olhasse para um ponto do meu rosto. – O que eu estava procurando? Repetiu. Parecia querer ganhar tempo. Baixou os olhos para gaveta aberta, e, com um sorriso sem graça, confessou: – Não sei. Eu esqueci. [...] Assim como fazia com seus objetos perdidos, buscava os gatos portodos os cantos da casa, abrindo e fechando portas, espiando embaixo de camas, abaixando-se e tomando a levantar incontáveis vezes, sempre maltratando os joelhos, que às vezes chegavam a sangrar. Era a via-crúcis de minha mãe – procurar. (SEIXAS, 2013, p. 65).

Diante de tal relato, não há como não imaginar que essa procura é de outra ordem, que a angústia pelo que se está perdendo é real, porém, o que se está perdendo são as lembranças e as próprias funções do Eu. Apesar da função de procurar ainda estar preservada, procura um objeto apagado.

Ao ampliar o método psicanalítico de pesquisa e de tratamento para novas psicopatologias, como as psicoses, por exemplo, deparamos com desafios ligados a manter-nos fiéis à técnica psicanalítica, frente a fenômenos distintos da neurose e à necessidade de construção de novas ficções teóricas, a fim de que possamos elaborar em nós, analistas, o impacto de manter-nos abertos para escutar/ver formações psíquicas distintas da nossa, neurótica. A empatia, o sentir com, faz parte do trabalho analítico. De certa forma, precisamos viver a loucura com o psicótico, ser penetrado, invadido, imbuído de seu modo de funcionamento psíquico, para, num segundo momento, poder recuar e pensar, como analistas, como essa experiência pode nos fazer oferecer ao outro algo que possa ajudá-lo. Para oferecer algo realmente terapêutico, a meu ver, precisamos sair de nossa zona de conforto, do que achamos que o outro é e precisa, para tentarmos, num exercício, num esforço, entender um funcionamento psíquico completamente outro.

De certa maneira, na psicose, deparamos com uma surpreendente fragilidade de um Eu escondida por trás de defesas maciças que permitem pouco contato com a realidade, apenas um contato na medida do suportável. Essa imersão na clínica das psicoses transformou toda a teoria psicanalítica, inclusive a própria teoria do funcionamento neurótico passou a ser reatualizada, à luz do entendimento de uma formação patológica, mas que tem muito a dizer sobre o funcionamento “normal”. O contato crescente dos analistas com pacientes idosos e com quadros de psicopatologias no envelhecimento

também modificará inelutavelmente a teoria psicanalítica e a compreensão do ser humano. Na clínica das demências, defrontamo-nos com novas formas do trabalho da pulsão de morte, que nos levam a questões metodológicas, teóricas, clínicas, técnicas e filosóficas.

Enfatiza Quaderi (2008):

Numerosos são os pacientes que sofrem psiquicamente e que, entretanto, escapam aos recursos próprios à situação psicanalítica. É uma espécie de aventura para um psicanalista e um modo de se extrair da situação propriamente psicanalítica. Para libertar-se do método, aventurar-se nas zonas onde os conceitos vêm à luz à medida do avanço clínico, são necessários audácia e rigor. (QUADERI, 2008, p. 186).

Assim, um sentimento misturando pavor e solidão toma conta de todo terapeuta, em um novo campo clínico com pouco referencial teórico. Para Quaderi (2008), Messy (1992) foi o primeiro a apostar na presença de uma vida psíquica no demente e oferecer um aparato teórico para se pensar o fenômeno do envelhecimento e das patologias à ele associadas. Sua articulação entre o tema da demência e os conceitos da metapsicologia se fez pela criação do conceito de estágio de espelho invertido e ao postular que a ferida narcísica do ideal do eu provoca a criação de um “eu feiura”. Fica claro, por conseguinte, que as fundações psíquicas são abaladas pelos golpes das perdas, mergulhando o sujeito num estado de desamparo. Em consequência, o sujeito, na demência, depende irrevogavelmente do outro para sustentar seus enunciados, e de um Outro para produzir significantes existenciais.

Depois de entrevistar vários pacientes demenciados e relatar sua impotência, Quaderi (2008) questiona a técnica psicanalítica de não intervenção:

Era de minhas intervenções carecendo de compaixão, de sinceridade, que eu me sentia culpado. Raramente me senti tão à margem do problema, sem laço com a paciente, nem mesmo um laço pela linguagem. Eu não compreendia nada, estava desesperado, melhor, não me compreendia em minha identidade. Nessa entrevista, estou num rio e o paciente num outro e nada permite nos encontrar, pior ainda, a técnica, em lugar de facilitar a expressão, me impedia de agir segundo meu impulso. Desses efeitos (contra) transferenciais, a partir dessa ancoragem, o que eu podia fazer? (QUADERI, 2008, p. 191).

O demente encontraria, então, um lugar de sujeito no discurso do Outro. Seria a presença e o desejo do analista que possibilitariam o surgimento do paciente enquanto sujeito. Depois dessas constatações, o autor afirma ter mudado sua técnica de aproximação com os pacientes dementes, segurando as mãos e fazendo massagens. Quando não é mais possível de se oferecer continência por meio das palavras, temos que usar os gestos. O objetivo do terapeuta seria de produzir efeitos de fala pela posição subjetiva do clínico (maternal, desejante fundado sobre uma dinâmica de amor). O que podemos fazer por esses pacientes é oferecer um ambiente seguro e confortável, que busque compensar a

aflição vivida dela desintegração psíquica. Sua proposta é de abrir um espaço para acompanhar os dementes e suas crises existenciais na imediatez de seu vivido como um ato ético, no sentido analítico do termo.

No contato com as demências, encontramos a falta da defesa do recalque e, assim, a espelho da psicose, um sujeito que se comporta de forma distinta da neurótica, com todas as surpresas que tal relação proporciona. Deparamos com o vazio, com a angústia de saber que algo está se perdendo; esse algo é o próprio Eu e sua possibilidade de funcionamento “normal”, conhecido. De certa maneira, estamos diante de uma situação de morte, parecida com o luto pelo fim do Eu que acompanhamos em pacientes terminais. O corpo do familiar que conhecemos continua intacto, seus olhos, sua voz, seu cheiro, suas roupas, seu sorriso, porém, seu Eu, suas defesas que conhecíamos como seu Eu, como quem ele era, vão desaparecendo lentamente e novos sintomas, estranhos, bizarros, vão tomando conta daquele corpo demasiadamente familiar.

Num primeiro momento, para nós, analistas, entrar em contato com o novo Eu desorganizado do paciente com demência pode ser uma experiência até palatável, porque não estamos vivendo uma situação de perda, como a família, e nossa bagagem teórica e clínica do contato com a psicose pode nos ajudar a nos situar e sobreviver (para, posteriormente, poder pensar), na situação transferencial com esse funcionamento psíquico caótico. Contudo, num segundo momento, entramos em contato com um vazio, um desligamento mortífero que nos afeta, nos abala, porém, com o qual ainda podemos lidar, fazendo associações com a clínica da melancolia e do masoquismo, mergulhando no mais profundo de nossa pulsão de vida e dos nossos objetos bons, oferecendo nosso psiquismo, para que ligações possam ser feitas, para que o paciente não solte todas as suas amarras e parta como um barco à deriva. Num terceiro momento, encontramos algo quase insuportável, algo que nossas ferramentas teóricas e nossos recursos internos parecem não dar conta e procuramos referências mais amplas para fazer face a isso. Seria a relação do ser com o tempo. A falta de espessura, o vazio levado a um ponto extremo onde nem mais o trabalho da pulsão de morte (que, apesar de silencioso, pode se fazer ouvir quando minimamente intrincado à pulsão de vida) parece existir. Onde nenhum trabalho psíquico parece existir. Onde nosso olhar/escuta analítico procura um nó, um feixe, um sintoma, algo para se conectar com o outro, algo que possa fazer o outro existir em mim, todavia, não há nada para ser ecoado. Sem as lembranças, o presente perde seu estofo, perde sua espessura, que vem da sua ligação com o passado e o futuro. Para a psicanálise, o tempo presente é recheado de passado e futuro. Na escuta do paciente, pode-se sentir essas camadas de passado dando sentido ao presente e constantemente projetando o sujeito em um futuro, espelho do passado. Vivemos um presente espesso, no *setting* analítico,

podemos sentir a tensão do paciente, sua angústia, sua expressão facial, o tom de sua voz, seu discurso cheio de fragmentos e pesados silêncios. Até o silêncio é repleto de ruído, de sentido, de dois aparelhos psíquicos pensando juntos e separados.

No encontro com um paciente em estágio avançado de demência, entramos em contato com um funcionamento psíquico totalmente voltado para o presente. Podemos supor que o paciente está constantemente “acordando” para um mundo novo, desconhecido, sem sentido prévio, não podendo mais dar sentido às percepções, baseado em experiências prévias. O contato com essa forma psíquica (?) de existência nos faz questionar se somos algo para além dos conflitos psíquicos e mecanismos de defesa do Eu. Quando o Supra Eu, o Eu e o Id deixam de funcionar como instancias distintas, o que sobra? O que sobra para além ou aquém dessa frágil construção, a qual pode ser tão facilmente desconstruída?

Ao longo da tese pudemos ver que o corpo e a constituição do narcisismo ocupam um espaço importante nesta clínica. As transformações do corpo biológico e a perda de funcionalidade e autonomia, são experiências intensas que buscam sentido. Esta operação pode sobrecarregar o psiquismo que se vê novamente frente à necessidade de elaboração do complexo de castração. Desta forma, a maneira como passamos pelo complexo de Édipo e como se estruturaram nossas defesas no momento do descobrimento de nossa impotência frente à uma força maior terá um papel determinante na nossa maneira de lidar com as mudanças impostas pelo processo de envelhecimento. Como discutido no capítulo 2, a história de elaboração de lutos na infância e vida adulta também determina a maneira como somos capazes de enfrentar as perdas reais e simbólicas no fim da vida, principalmente a experiência de encurtamento do tempo e da proximidade da morte física, do fim do Eu.

Quando o narcisismo se instaura e a instancia do Eu pode funcionar corretamente, as experiências podem ser tratadas simbolicamente e serem recalçadas. Muitas experiências, que aconteceram quando a instancia do Eu não estava formada ou que representavam uma ameaça à integridade do Eu, que foram vividas porém não foram experimentadas, não foram registradas para depois serem esquecidas, ficam guardadas e, no momento do envelhecimento, de grande impacto emocional, podem ressurgir, demandando simbolização. Como demonstrado no capítulo 3, uma hipótese possível é que o surgimento da fase inicial da doença de Alzheimer esteja ligada com eventos significativos da vida do sujeito e a noção de *après-coup* da metapsicologia freudiana nos

esclarece sobre a maneira como a experiência dos eventos no presente ganha significações múltiplas, de profundidade ignorada pelo sujeito e os próximos à sua volta.

Já na fase intermediária da doença de Alzheimer, fica claro que as alterações nas funções cognitivas descritas pela neuropsicologia podem ser comparadas com a desintegração das funções do Eu que foram constituídas na infância e se veem desconstruir com a progressão da doença. O sujeito regride, perde o contato com a realidade e com os outros à sua volta. Na fase avançada da doença, vemos que a defesa do recalque não pode mais operar sem uma separação clara das instancias do Id, Eu e Supra-Eu. A defesa da recusa, que segundo nossa hipótese é usada pelo sujeito nas fases iniciais e intermediária, também se extingue na fase avançada. A defesa da recusa mostra-se paradoxal pois se por um lado protege o sujeito de informações que o ameaçam narcisicamente, por outro, cria vazios dentro do psiquismo que impedem o investimento nas funções do pensamento e da simbolização. Desta forma, o próprio surgimento da doença de Alzheimer com a característica da perda de memória e alteração da linguagem, e assim da possibilidade de simbolização, poderia ser entendido como um mecanismo de defesa que permitiria ao sujeito continuar vivendo supostamente de maneira menos dolorida.

Enfim, acredito que caiba a nós profissionais continuarmos a investigar este campo dos pontos de vista mais variáveis possíveis e nos deslocarmos de posições conhecidas e confortáveis para investigar e descobrir novas formas de nos aproximarmos e compartilharmos com o outro. Nesta clínica, arrasada pela pulsão de morte, cabe a nós investirmos constantemente em nós, no nosso trabalho e no outro e nos munirmos de lentes poderosas para poder enxergar a riqueza da vida que continua a pulsar nos “micro-movimentos”, nos esforços, no humor, no estar junto.

Referências

- ABRAHAM, K. Le pronostique du traitement psychanalytique chez les sujets d' un certain age. In : **Oeuvres complètes**, II, Paris : Payot, 1920/1966.
- ABRAHAM, N.; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1987/1995.
- ALLOUCH, J. **Érotique du deuil au temps de la mort sèche**. Paris: E.P.E.L., 1997.
- AGUIAR, Fernando. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **J. psicanal.**[online]. v. 39, n.70, p. 105-131, 2006. ISSN 0103-5835.
- ALMEIDA, O. sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 57, n. 4, p. 937-943, 1999.
- ALLOUCH, J. **Érotique du deuil au temps de la mort sèche**. Paris: E.P.E.L. , 1997
- ANDRÉ, J. **Les désordres du temps**. Paris: PUF, 2010.
- BARROS, N.; QUEIROZ, E. Do corpo à subjetividade: um olhar psicanalítico sobre a doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, v. 12, 2009.
- BERLINK, L. **Melancolia**: rastros de dor e de perda. São Paulo: Humanitas, 2008.
- BERLINK, M. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2008.
- BIANCHI, H. **Le Moi et le temps** – Psychanalyse du temps et du vieillissement. Paris: Bordas, 1987.
- BION, W. Attacks on Linking. **The Psychoanalytic Quarterly**, v. LXXXII, n. 2, 2013.
- BRAGANCE, A. **La reine nue**. Arles: Actes Sud, 2003.
- BRASIL. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio**, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- _____. **Síntese dos indicadores sociais**, 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=47. Acesso em: 07 de abril de 2017.
- BRONNER, G.; AHARON-PERETZ, J.; HASSIN-BAER, S. Sexuality in patients with Parkinson's disease, Alzheimer's disease, and other dementias. **Handb Clin Neurol**, v. 130, p. 297-323, 2015.
- BURNS, A.; JACOBY, R.; LEVY R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease: III. Disorders of mood. **Br J Psychiatry**, v. 157, p. 81-86, 1990.
- CHARAZAC, P. point de vue psychanalytique sur la perte d' identité dans la maladie d' Alzheimer. **Psychol NeuroPsychiatr Vieil**, v. 7, n. 3, sept. 2009.
- CHERIX, K. **Dando voz aos idosos**: expectativas a respeito da rede do SUAS. Novas edições acadêmicas. Deutschland: Saarsbrücken, 2013a.

_____. Viver com demência : relato de um acompanhamento terapêutico em instituição. In : _____. **Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013b.

CICCONE, A.; LHOPITAL, M. **Naissance à la vie psychique**. Paris: Dunod, 2001.

CLEWELL, T. Mourning Beyond Melancholia: Freud's Psychoanalysis of Loss. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v. 52, Issue 1, p. 43-67, 2004.

COELHO JÚNIOR, N.; CAMPOS, E. Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. **Estud. psicol.** Campinas, v. 27, n. 2, abr./jun. 2010.

DÉCATOIRE, N. **La maladie d'Alzheimer à domicile**. Paris: Didier Carpentier, 2013.

DEDIEU-ANGLADE, G. Vieillesse et psychiatrie, aperçus théorico cliniques. **Cliniques méditerranéennes**, v. 79, n. 1, p. 133-138, 2009.

DELAMARRE, C. **Démence et projet de vie**. Paris: Dunod, 2007.

DOLTO, F. **L'image inconsciente du corps**. Paris: Éditions du Seuil, 1984.

DONNET, J.-L.; GREEN, A. **L'enfant de ça Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1973.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUPRAS, A.; BOUCHER, S. Sexuality and Alzheimer's in care facilities. **Soins Gerontol.** v. 109, p. 16-28, Sep-Oct., 2014.

ERNAUX, A. **Je ne suis pas sortie de ma nuit**. Paris: Gallimard, 1997.

FERENCZI, S. Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge. In : **Oeuvres complètes, III**. Paris: Payot, 1921/1974.

FERREY, G; LE GOUËS, G. **Psychopathologie du sujet âgé**. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2008.

FIGUEIREDO, L. C. A fabricação do estranho: notas sobre uma hermenêutica "negativa". **Boletim de Novidades da Pulsional**, v. 57, p. 17-22, 1994.

_____. **Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi**. São Paulo: Escuta, 1999.

FONTANELLA, C.; DARNAUD, T. A possible clinical psychotherapy aimed at patients suffering from Alzheimer's disease. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 445-460, set. 2015.

FREUD, S. **Tratamento anímico**. São Paulo: Imago, 1890/1905. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. V, VII).

_____. Sobre a concepção das afasias. In: GARCIA, Roza, **Afasias**. Rio de Janeiro: Zahar, (1891/2014).

_____. **Estudos sobre a histeria.** Rio de Janeiro: Imago, 1893/1987. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II).

_____. Projeto de uma psicologia. In O.F. Gabby Jr, **Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 1895/2003.

_____. **Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria.** Buenos Aires : Amorrortu, 1898/1998 (In Obras completas, v. III).

_____. **Sobre los recuerdos encubridores.** Buenos Aires : Amorrortu, 1899/1998 (In Obras completas, v. III).

_____. **A Interpretação dos sonhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1900/2001. (Edição Comemorativa de 100 anos).

_____. **Um caso de histeria.** Rio de Janeiro: Imago, 1901/1987. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII).

_____. **Sobre a psicoterapia.** Rio de Janeiro: Imago, 1905a/1972. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII).

_____. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1905b/1987. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII).

_____. **Sobre as teorias sexuais das crianças.** Rio de Janeiro: Imago, 1908/1976 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX).

_____. **Analisis de la fobia de um niño de 5 anos.** Buenos Aires: Amorrortu, 1909/1978. (Obras Completas, v. 10).

_____. **Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico.** São Paulo: Companhia das Letras, 1911a/2010. (Obras Completas, v. 10).

_____. **O caso Schreber.** São Paulo: Companhia das Letras, 1911b/2010. (Obras Completas, v. 10).

_____. **Totem e tabu.** Rio de Janeiro: Imago, 1913/1999. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 2).

_____. **À guisa de introdução ao narcisismo.** Rio de Janeiro: Imago, 1914a/2004. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I).

_____. **Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II.** Rio de Janeiro: Imago, 1914b/1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII).

_____. **Considerações atuais sobre a guerra e a morte.** São Paulo: Companhia das Letras, 1915a/2010. (Obras Completas, v. 12).

_____. **O inconsciente.** Rio de Janeiro: Imago, 1915b/2006. (Obras Psicológicas de Sigmund Freud, v. II).

_____. **Pulsões e destinos das pulsões.** Rio de Janeiro: Imago 1915c/2004. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I).

_____. **Conferências introdutórias sobre a psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 1916a/2016 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XV).

_____. **Conferências introdutórias sobre a psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 1916b/2016 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI).

_____. **Sobre a Transitoriedade.** São Paulo: Companhia das Letras, 1916c/2010. (Obras Completas, v. 12).

_____. **Luto e Melancolia.** Rio de Janeiro: Imago, 1917a/2006 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II).

_____. **Suplemento metapsicológico para a teoria do sonho.** Rio de Janeiro: Imago, 1917b/1974. p. 253-267. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

_____. **O inquietante.** São Paulo: Companhia das Letras, 1919/2010 (Obras Completas, v. 14).

_____. **Além do Princípio de Prazer.** Rio de Janeiro: Imago, 1920/2006 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 2).

_____. **Psicologia das massas e análise do Eu.** São Paulo: Companhia das Letras, 1921/2011. (Obras Completas, v. 15).

_____. **A organização sexual infantil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1923a/2011 (Obras completas, v. 16).

_____. **O Eu e o Id.** Rio de Janeiro: Imago, 1923b/2007 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3).

_____. **A dissolução do complexo de Édipo.** São Paulo: Companhia das Letras, 1924/2011 (Obras completas, v. 16).

_____. **Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos.** São Paulo: Companhia das Letras, 1925a/2011. (Obras completas, v. 16).

_____. **A negativa.** Rio de Janeiro: Imago, 1925b/2007 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. 3).

_____. **Uma nota sobre o “Bloco Mágico”**. Rio de Janeiro: Imago, 1925c/2007 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. 3).

_____. **Inibição, sintoma e angústia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1926/2014. (Obras Completas, v. 17).

_____. **O fetichismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1927/2007 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3).

_____. **Análise terminável e interminável**. Rio de Janeiro: Imago, 1937/1996. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XXIII).

_____. **A cisão do Eu no processo de defesa**. Rio de Janeiro: Imago, 1938/2007 (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 3).

_____. **Carta 52**. Rio de Janeiro: Imago, 1950. (Edições Estandard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1).

GABBI JÚNIOR, O. Sobre a concepção da afasia e da histeria: notas sobre a relação entre anatomia e linguagem nos primórdios da teoria freudiana. **Discurso**. Revista do Departamento de Filosofia da USP, São Paulo, v. 18, p. 131-142, 1990.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 1998.

GENOVA, L. **Para sempre Alice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.

GODINHO, C. **Incidência de demência e comprometimento cognitivo leve e identificação de preditores numa amostra-base populacional**. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2012.

GOLDFARB, D. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. **Do tempo da memória ao esquecimento da história**: um estudo psicanalítico das demências. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GREEN, A. L’analyste, la symbolization et l’absence dans le cadre analytique. In: _____. **La Folie Privée**. Gallimard, 1974/2003.

_____. **Narcisisme de vie et narcisisme de mort**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1983/2007.

_____. Pulsão de morte, narcisismo negativo e função desobjetalizante. In _____. **Pulsão de morte**. São Paulo: Escuta, 1986.

_____. **Le travail du négatif**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1993/2001.

_____. Passivité-passivation: jouissance et detresse. **Revue Française de Psychanalyse** Tome LXIII, 1999.

_____. La position phobique centrale avec um modele de l’association libre. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 64, n. 3, 2000.

_____. **Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine.** Paris: Presses Universitaires de France, 2002.

_____. O intrapsíquico e o intersubjetivo: pulsões e/ou relações de objeto. **Revista de Psicanálise SPPA**, v.12, n. 1, p 51-83, 2005.

_____. **Penser la psychanalyse.** Montreuil sous Bois: Les Éditions Ithaque, 2013.

GUIMARÃES, L. **Três estudos sobre o conceito de narcisismo na obra de Freud:** origem, metapsicologia e formas sociais. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

HENNING, C.; DÉBERT, G. Velhice, gênero e sexualidade: revisando debates e apresentando tendências contemporâneas. **Revista Mais** 60, v. 63, 2015.

HANNS, L. **Dicionário comentado do alemão de Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Os critérios de tradução adotados. In **Obras Psicológicas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, 2004, v.1.

HENRIQUES, S. **Aprendiz de morte.** Poema não publicado.

HUGUENIN, C. **Alzheimer mon amour.** Paris: Heloise d'Ormesson, 2011.

KALACHE, A; VERAS, R; RAMOS, L. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987.

KESTEMBERG, E. **La psychose froide.** Paris: PUF, 1958/2001.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: _____. **Inveja e gratidão.** Rio de Janeiro: Imago, 1946/1991.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado pela experiência psicanalítica. In: _____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1949/1998.

LAPLANCHE, J. **Vie et mort en psychanalyse.** Paris: Flammarion, 1970.

_____; PONTALIS, J. **Vocabulário de Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAZNIK, M.C. Le complexe de Jocaste. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 69, 2005.

LE GOUËS, G. **Le psychanalyste et le vieillard.** Paris: PUF, 1991.

LEE, K.; THORNTON, A. The psychological impact of a diagnosis of Alzheimer's disease **Dementia.** Published online, 5 August 2013. Disponível em: <http://dem.sagepub.com/content/early/2013/08/05/1471301213497080> Acesso em: 5 maio 2016.

LISHMAN, E.; CHESTON, R. The paradox of dementia: Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia. **Dementia**, v. 0, n. 0, 2014.

LOFFREDO, A. M. Em busca do referente, às voltas com a polissemia dos sonhos: a questão em Freud, Stuart Mill e Lacan. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 169-

197, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641999000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2016.

_____. **Figuras da sublimação na metapsicologia freudiana**. São Paulo: Escuta, 2014.

LOPES, R. Dorian Gray e o pavor frente ao envelhecimento: exercitando um olhar baseado em alguns conceitos da psicanálise. In: **Psicogerontologia: Fundamentos e Práticas**. Curitiba: Juruá, 2009.

MÃE, V. H. **A máquina de fazer espanhóis**. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

_____. **Homens imprudentemente poéticos**. São Paulo: Globo, 2016.

MAHLER, M. S. O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação. In: MAHLER, M.; PINE, F.; BERGMAN, A. Tradução de Jane A. Russo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MAIA, A; MEDEIROS, C.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise uma introdução. **Estilos da Clínica**, v. 17, n. 1, p. 44-61, 2012.

MEIRELES, C. **Retrato**. Antologia Poética. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. 2. ed. São Paulo: Aleph, 1992.

MEZAN, Renato. Pesquisa teórica em psicanálise. **Psicanálise e Universidade**, 2, p.51-76, 1994.

_____. O que significa pesquisa em psicanálise? In: MEZAN, R. **A sombra de Don Juan e outros ensaios** (pp.85-118). São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MICHON, A.; GARGIULO, M. L'oubli dans la maladie d'Alzheimer: le vécu du patient. **Cliniques méditerranéennes**, v. 1, n. 67, p. 25-32, 2003.

MIJOLLA-MELLOR, S. **La sublimation**. Paris: PUF, 2005.

MUCIDA, A. **Escrita de uma memória que não se apaga**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

MULIYALA, K.; VARGHESE, M. The complex relationship between depression and dementia. **Ann Indian Acad Neurol**. v. 13, suppl. 2, p. S69-S73, Dec. 2010.

M'UZAN, M. **De l'art à la mort**. Paris: Gallimard, 1997.

NOGUEIRA, M. M. L. et al. Satisfação sexual na demência. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. v. 40, n. 2, p.77-80, 2013.

OGDEN, T. A new reading of the origins of object-relations theory. **Int. J. Psychoanal**, v. 83, p. 767-782, 2002.

PEIXEIRO, M. Depressão e Envelhecimento na contemporaneidade. **Revista Kairós**, v. 12, p. 54-79, 2009.

PENNAC, D. **Journal d'un corps**. Paris: Gallimard, 2012.

PEREIRA, A. O incrível e o criável: considerações sobre a sublimação e a experiência estética em André Green. **Revista Percursos**, v. 49, n. 50, ano XXV, p. 89-100, jun. 2013.

PERES, U. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PERUCHON, M. **Déclin de la vie psychique**. Paris: Dunod, 1994.

PIQUEMAL, M. **Oui, j'ai Alzheimer et non, je ne le dit a personne**, 2013. Disponível em : http://www.liberation.fr/societe/2013/09/18/oui-j-ai-alzheimer-et-non-je-ne-le-dis-a-personne_932581. Acesso em: 14 nov. 2016.

QUADERI, A. A psicanálise sob o risco da demência **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.185-198, 2008.

RIGO, D. **Doença de Alzheimer**: evolução clínica e os diferentes estágios da pintura do artista Carolus Horn. 2013. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1024> Acesso em: 03 mar. 2016.

ROZITCHNER, E. **La vejez no pensada**. Buenos Aires: Psicolibro, 2012.

SCARFONE, D. **Les pulsions**. Paris: PUF, 2004.

SEIXAS, H. **O lugar escuro**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

TURATTI, B. O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. **Saúde Transform. Soc.** [online]. v. 3, n. 1, p. 32-38, 2012.

VERDON, B. **Le vieillissement psychique**. Paris: P.U.F., 2013.

VOLICH, R. O corpo, entre a organização e o caos. In: _____. **Psicogerontologia: Fundamentos e Práticas**. Curitiba: Juruá, 2009.

WOOLF, V. **De la maladie**. Paris: Payot e Rivages, 1930/2002.