

Direção do tratamento na clínica com idosos

Ângela Mucida*

Resumo

Promovendo uma análise crítica da contraindicação freudiana à psicanálise com idosos, este artigo analisa, com base no conceito de sintoma, a direção do tratamento com idosos. Considerando que com Freud e Lacan o sintoma constitui-se de marcas e experiências precocemente fixadas e de uma resposta do sujeito ao real, não existindo, portanto, o que se denomina de sintomas de velhos, em que sentido a clínica com idosos difere-se de outras clínicas e como o real da velhice incide sobre a relação do sujeito com o sintoma que apresenta?

Palavras-chave: Sintoma. Resistência terapêutica negativa. Inconsciente. Angústia, satisfação e gozo. Transferência.

Psicanálise com idosos?

É comum escutar que Freud contraindicou a psicanálise com idosos. Trata-se de uma afirmação proferida por ele em 1898, primórdios da psicanálise, tendo em vista sua experiência clínica daquele momento. Ele afirma, naquele momento, que a psicanálise não é aplicável a alguns casos: crianças, adolescentes, adultos débeis ou incultos, psicóticos e idosos. Em relação à psicanálise com idosos, é destacado que essa fracassa “porque o tratamento tomaria tanto tempo, devido à acumulação de material, que ao fim [...] teriam chegado a um período da vida em que nenhum valor atribui à saúde nervosa” (FREUD, [1898] 1976, p. 309).

Observa-se que os argumentos dispostos nessa assertiva são, além de tênues, bastante questionáveis ao se sustentarem sob a proporcionalidade entre os anos vividos, a quantidade de material psíquico a ser analisada e o tempo de uma análise. A duração de uma análise não se “mede” pelos anos vividos. Ela demanda um tempo, mas, desde

* Psicanalista. Mestre em Filosofia. Doutora em Psicologia/Psicanálise. Autora dos livros *O sujeito não envelhece - Psicanálise e velhice* (2006), *Escrita de uma memória que não se apaga - envelhecimento e velhice* (2009) e *Atendimento psicanalítico do idoso* (2014), além de inúmeros artigos psicanalíticos publicados em diversas revistas. E-mail: angelamucida@gmail.com

↳ <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6084>

Recebido em: 03/11/2015. Aceito em: 30/11/2015.

Freud, esse se ancora sob a lógica, aliada ao aspecto atemporal do inconsciente.

Além disso, os conceitos fundamentais com os quais a psicanálise opera não são desenvolvimentistas. O inconsciente é atemporal e o sintoma atualiza sempre marcas primordiais e a verdade inscrita no inconsciente. Essa citação é ainda problemática ao afirmar que, chegando-se na velhice, o sujeito não atribuiria mais nenhum valor à saúde mental. O próprio Freud foi exemplo de uma velhice que, malgrado a presença de um câncer que durou dezesseis anos, não parou de escrever, publicar e clinicar intensamente até sua morte.

Anos depois dessa assertiva, ele mesmo a relativiza, acentuando que: “A extensão da estrada pela qual a análise deve viajar com o paciente e a quantidade de material que deve ser dominado pelo caminho não têm importância em comparação com a resistência encontrada no decorrer do trabalho” (FREUD, [1918] 1976, p. 24). Pode-se ler que não é a idade ou a quantidade de anos vividos que impede o tratamento, mas a relação de cada sujeito com seu sintoma e se ele quer dele se livrar.

Ao sinalizar que essa força, a resistência, é muito mais importante do que a quantidade de material psíquico a ser trabalhado, Freud afirma uma aliança muito específica e forte entre o sujeito e seu sintoma, reforçando a proposição de que não é a idade ou a quantidade de anos vividos que mais importa ao tratamento. O sintoma cumpre uma função para cada sujeito que o analista tem de considerar na direção do tratamento. Dessa forma, “dirigir” o tratamento

não implica que o analista irá conduzir aquele que o demanda a um lugar pré-determinado. A direção do tratamento se dá com base no sentido ou, sobretudo, na falta de sentido exposto pela singularidade de cada sintoma. Portanto, não existem regras a serem seguidas e nem um “tratamento padrão” a ser aplicado. O sintoma é singular, pois se constitui de marcas de experiências totalmente singulares. Trata-se da resposta de cada sujeito ao real, sempre efetivo, que não se apaga, mas não se nomeia.

A velhice, afirmamos certa vez, é um dos nomes desse real sem nome. As marcas que a compõem, mesmo que efetivas para cada sujeito, não são sempre nomeáveis. Algo do processo de envelhecer nos escapa e cada sujeito responde a esse real com base em seus traços e recursos disponíveis. Por efeito, mesmo que os sintomas sejam também uma resposta do sujeito ao mal-estar de cada época e tendam a se mostrar semelhantes em uma mesma cultura e em dado momento histórico, nos dias de hoje, temos sintomas que não existiam na época de Freud, os quais, quando escutados e analisados, portam um núcleo singular e completamente diferenciado para cada sujeito. Nesse sentido, os sintomas não se homogeneizam, o que implica que a psicanálise não trata de possíveis patologias do envelhecimento/velhice.

O sintoma como resposta singular ao real tem uma função de amarração do sujeito à vida, não se constituindo, pois, algo a ser erradicado. A psicanálise não existiria se os sintomas não retornassem, não se atualizassem por meio de uma repetição que insiste em ser escutada.

É por meio do mal-estar e do sofrimento causado pelos sintomas que alguém busca um tratamento. Conclui-se que a direção do tratamento na clínica com idosos ancora-se no sofrimento provocado pelo sintoma e não na idade do sujeito. Por isso, afirmamos que para a psicanálise não existem “sintomas de velhos”. Todo sintoma é antigo, pois é o resultado ou o efeito de um conjunto de marcas primárias, mas não é velho.

Paradoxos do sintoma e a direção do tratamento

Observa-se na direção do tratamento um paradoxo estrutural na relação do sujeito com seu sintoma que nos faz retornar a uma tese freudiana: apesar de o sujeito queixar-se de seu sintoma, isso não implica que ele queira ou possa dele se livrar. Freud nos deixou inúmeras indicações clínicas que nos levam à reflexão do valor e da função atribuída ao sintoma como maneira de se enlaçar estruturalmente à vida, incluindo os laços com o Outro. Se o sintoma cumpre uma função estrutural de amarração, compreende-se com Freud a indicação de que o analista não deva se tornar um fanático defensor da saúde no sentido de querer resolver rapidamente um sintoma. Entretanto, isso não implica que o analista trabalhe para a conservação de um sintoma, mas que, atento à sua fixidez, ele respeite o tempo necessário de cada sujeito na construção de um saber sobre seu sintoma, encontrando, com os recursos que lhes são específicos, formas menos sofridas de se enlaçar à vida. O paradoxo fundamental na relação do

sujeito com seus sintomas chama a atenção de Freud quando ele se vê diante de casos em que o sujeito resiste a se curar.

Há certas pessoas que se comportam de maneira muito peculiar durante o trabalho de análise. Quando se lhes fala esperançosamente ou se expressa satisfação pelo progresso do tratamento, elas mostram sinais de descontentamento e seu estado invariavelmente se torna pior. [...] Toda solução parcial, que deveria resultar, e noutras pessoas realmente resulta, numa melhoria ou suspensão temporária de sintomas, produz nelas, por algum tempo, uma exacerbação de suas moléstias; ficam piores durante o tratamento, ao invés de ficarem melhores. Exibem o que é conhecido como ‘reação terapêutica negativa’ (FREUD, [1923] 1976, p. 65).

Freud indica, portanto, a presença de uma satisfação no sintoma, estranha para o sujeito, à qual ele não quer ou não pode abdicar facilmente. Essa satisfação difere-se do prazer, pois esse porta um limite, até para ser sentido como tal, enquanto a satisfação do sintoma é algo que excede o limite imposto à consecução do prazer.

Em seu artigo *Além do princípio do prazer*, Freud ([1920] 1976) dispõe a tese de que o “princípio” que governa o prazer é sua interdição. Precocemente o sujeito depara-se com alguns limites à consecução de seu prazer. O primeiro protótipo pode ser recolhido do que ele nomeou de “primeiras experiências de satisfação”. Tratam-se de marcas advindas dos primeiros encontros do bebê com o Outro, a mãe ou o cuidador, em que se verifica um descompasso entre o que se pede ou não se pede e o que se recebe – o grito ou o choro do recém-nascido sinalizam um

desconforto corporal e não um endereçamento ao Outro. Esses encontros são marcados por acertos e desacertos na medida em que o Outro cuidador responde com base em suas interpretações dessas primeiras manifestações da linguagem. Esse descompasso inaugural delimita bem precocemente uma distância entre o desejo e sua realização. Nessa lógica que rege o princípio do prazer, Freud destaca ainda o ego. O sujeito aprende a ceder parte de seu prazer para obter a proteção e o amor do Outro. Temos ainda como limite ao prazer o supereu como Lei precocemente internalizada pelo sujeito, geralmente, muito mais dura do que a própria Lei moral. Por fim, a percepção: só existe prazer se ele é percebido como tal.

Ir além desses limites implica uma satisfação estranha para o sujeito, nomeada por Lacan de gozo, com a qual o sujeito se identifica. O gozo é constituído por marcas que não se apagam, que se repetem na história de vida de cada sujeito, mesmo causando-lhe mal-estar. Na direção do tratamento, é fundamental que o sujeito construa um saber sobre essa forma de gozar da determinação inconsciente. Com efeito, a identificação ao sintoma é bizarra, já que implica uma satisfação desconhecida, um ganho que o sujeito resiste em abrir mão, mesmo causando-lhe toda sorte de sofrimento.

Mesmo que a velhice não traga em cena outro sujeito e nem outra forma de gozar, as mudanças daí decorrentes, sobretudo aquelas que tocam o núcleo das identificações, podem despertar com veemência uma forma de gozar já presente desde muito cedo, mas que

surge, nesse momento, de maneira, por vezes, avassaladora ou como forma de responder ao real presente na velhice.

Em Mucida (2012), observa-se o predomínio para muitos idosos de sintomas corporais como maneira de tratar certo esgarçamento da imagem e do corpo, bem como uma maneira privilegiada de tecer laço com o Outro. Fazer inúmeros sintomas no real do corpo, ser olhado, apalpado, vasculhado por inúmeros exames é, muitas vezes, a única forma encontrada por alguns desses sujeitos de obterem a atenção, a escuta ou o amor do Outro. Mesmo que para a psicanálise não existam sintomas de velhos, a velhice, por tudo que ela traz de perdas e modificações, pode trazer à tona respostas sintomáticas singulares, presentes anteriormente, mas com novas “roupagens”.

Há casos nos quais a identificação ao sintoma ocorre de tal forma que a perspectiva de perdê-lo leva, imediatamente, o sujeito a uma série de defesas, pois essa perda é interpretada como um risco à vida, que implica certa maneira de jogar com o sofrimento e certos arranjos que propiciam um laço com o Outro. Freud extraiu, desses casos, uma importante lição: não adiantava ir diretamente ao gozo inscrito no sintoma, tentando extraí-lo, esse era imediatamente substituído por outro e, na maioria das vezes, por um bem pior. Não existe sujeito sem sintoma, já que esse é resposta do sujeito diante do real da vida. Uma análise somente pode visar a modificação da relação do sujeito com os seus traços, implicando uma modificação na relação do sujeito com seu sintoma.

Ele pode aprender a fazer algo diferente com seu sintoma.

Retome-se um caso já comentado anteriormente (MUCIDA, 2006, p. 121-126), que parece exemplificar as considerações desenvolvidas. Trata-se de uma senhora de 77 anos que no primeiro encontro, antes mesmo de poder falar ao analista, vai ao toalete por três vezes consecutivas. Perguntada sobre o que ela “extraíra” dessa forma do corpo, frase que adveio ao analista de maneira não programada, ela responde prontamente: “minha vida de cocô”. Chama a atenção, e causa surpresa, não apenas a precisão dos significantes utilizados, mas a rapidez com que foram recolhidos, indicando que ela não necessitava de tempo para trazê-los ao analista, ao contrário, era uma forma eficaz de expor sua maneira de gozar. Nessa direção, é curioso que essas idas ao toalete só se apresentaram nos primeiros encontros.

Reter e expulsar fezes é um sintoma que a acompanha desde a tenra idade, quando lembra-se de que a mãe era obrigada, por indicação médica, a ficar com ela no toalete durante longos períodos para que ela evacuasse. Retendo fezes, ela obtinha sua atenção, mesmo que isso não significasse necessariamente amor, como se depreende no curso dos atendimentos.

Entretanto, essa “vida de cocô” não podia ser expurgada pelo real das fezes, deixando sempre algo a ser tratado, “um restinho, preste a sair”, demonstrando que algo do sintoma permanecia intocável. Essa relação de ódio e amor em relação à mãe e que se estendia a toda a família não podia ser tratada pela “sín-

drome dos intestinos irritados”, diagnóstico médico que ela se serve muito bem para traduzir o núcleo de seu sintoma e explicar a resistência à cura, pois cumpria uma função. Pagando efetivamente com o corpo, submetendo-se a várias intervenções, para tratar as marcas do ódio e da falta de amor, ela faz desse sintoma um meio de obter a atenção e o olhar do Outro. Engolindo muitos sapos, como afirma, certa vez, ela engolia também uma série de “especialistas”, tratamentos e toda sorte de medicamentos, mas dando a eles o mesmo destino dado às fezes, a saber: sobrava um resto a ser tratado sob a forma de inúmeras reincidências médicas.

A condução desse caso mostrou de modo ímpar a resistência do sintoma e aquilo que resiste a ser curado. Na falta da fala que pudesse nomear sua dor, como sinalizou, seus “órgãos de choque”, estômago e intestino, falavam por ela. “Órgãos de choque” revelam-se como significantes precisos que traduzem sua maneira de escrever no corpo, mesmo sem o saber, sua forma de gozar ou sua interpretação da demanda ou do desejo do Outro. Atualizando marcas precoces de uma infância marcada pela presença do ódio, esse sujeito demonstra que somente passando pelas vias do amor torna-se possível abrir outras formas de laço com o Outro.

A questão de como viver sem esses sintomas se fez presente na análise de diferentes formas, enlaçando-se também aos ganhos obtidos na convivência com duas irmãs, com as quais ela compartilhava a mesma casa, e que, como acentuou certa vez, “estavam magrinhas

de tanto se preocuparem com ela”. Na direção do tratamento, tornou-se claro que, além da atualização de um sintoma antigo, ao qual ela se identificava, esse associava-se aos efeitos da passagem do tempo, em especial ao medo da solidão e do isolamento, advindos para muitos idosos. A questão central construída em seu processo de análise foi como ser amada sem pagar um preço tão alto com o sofrimento corporal?

Se o que foi uma vez marcado não se apaga jamais, uma das funções do analista é oferecer meios para que o sujeito possa falar, escutar o que diz e o que não diz, abrindo novos sentidos àquilo que não se modifica.

O analista deve ter todo cuidado em casos que, como esse,¹ o sujeito chega expondo ao analista, sem grandes dificuldades, sua forma de gozar. O fato de expor tais marcas não implica que o sujeito possa escutá-las. Se o analista revela apressadamente aquilo que escuta, sem o tempo necessário para que o sujeito possa escutar a verdade incrustada em seu sintoma, os riscos de fracasso do tratamento serão grandes, pois, como nos alertou Freud, “[...] quanto mais verdadeiro for, mais violenta será a resistência. Via de regra, o efeito terapêutico será nenhum, mas o desencorajamento do paciente quanto à análise será definitivo” (FREUD, [1913] 1969, p. 183).

Muitas voltas são necessárias nesse contar, recontar, falar e não saber o que se fala, dizer a mais ou a menos do que se queria dizer, caminhos que compõem uma repetição necessária, para que o sujeito possa escutar o que ele mesmo diz e, com isso, construir um saber a

respeito de suas queixas, implicando-se com seu sintoma. Ao analista cabe escutar e promover cortes no discurso para que isso ocorra.

A posição de vítima ou de alguém tragado por um destino incontornável, nomeado por alguns de “velhice”, não oferece saídas. Faz-se necessário, na direção do tratamento, que o idoso implique-se com aquilo que ele se queixa. Isso só se processa se o analista escuta-o como sujeito do inconsciente para além de qualquer ideia generalizada de velhice e para além da suposta fragilidade corporal, encontrada em muitos idosos. Conforme Mucida (2014), o analista não escuta idosos, mas sujeitos do inconsciente marcados por um momento peculiar no qual predominam diferentes perdas e mudanças que demandam um trabalho de luto.

O trabalho de luto não implica apenas o luto diante da morte real, mas inclui perdas reais e imaginárias, perdas de laços, projetos de vida e outras questões que tocam diretamente o eu e, portanto, o corpo. Assumir o luto implica construir um saber do que se perdeu, abrindo-se a substituições. As diferentes respostas sintomáticas advindas diante de um real insuportável constituem-se como a primeira tentativa de tratamento ao que não tem resposta. O sujeito sente-se identificado a essas respostas sintomáticas, presentes para ele bem precocemente.

Se o sintoma é uma resposta, conclui-se que não cabe ao analista fornecer solução de um sintoma ou para o que se sofre, pois o sujeito já a tem. Ao analista cabe conduzir o tratamento de maneira

que o sujeito escute o que diz e possa construir pequenas perguntas às quais seu sintoma tentou responder. Como anuncia poeticamente Clarice Lispector:

Não, nem a pergunta eu soubera fazer. No entanto a resposta se impunha a mim desde que eu nascera. Fora por causa da resposta contínua que eu, em caminho inverso, fora obrigada a buscar a que pergunta ela correspondia. Então eu me havia perdido num labirinto de perguntas, e fazia perguntas a esmo, esperando que uma delas ocasionalmente correspondesse à da resposta, e então eu pudesse entender a resposta. [...] Eu arriscava o mundo em busca da pergunta que é anterior à resposta. Uma resposta que continuava secreta, mesmo ao ser revelada a que pergunta ela correspondia. [...] Pois a coisa nunca pode ser realmente tocada (1998, p. 137-138).

De outra forma, o indivíduo é tocado, olhado, nomeado, falado antes mesmo de falar ou de tentar articular os efeitos dessas intervenções do Outro sobre seu corpo. Há uma série de marcas, traços, experiências que precede a entrada do sujeito na linguagem e tece o inconsciente. Algumas dessas marcas não são traduzíveis, compondo o enredo de uma história que não se apaga e com a qual cada um deverá conviver. Faltam sempre palavras para nomear essas marcas. Aprender a lê-las, nessa leitura sempre incompleta, é uma das funções da direção do tratamento. Como salientou Freud ([1904] 1972, p. 51), existe algo conservador no sintoma e na própria neurose que demanda cuidados nos manejos clínicos.

Por isso, reafirmamos: o sintoma é sempre antigo, mas não exatamente velho, motivo pelo qual é possível tratá-lo, uma vez que ele retorna e insiste

em ser escutado, independentemente da idade. A direção do tratamento na clínica com idosos deve considerar tanto a passagem do tempo e os efeitos da velhice sobre cada sujeito quanto o fato de que a velhice não traz em cena outro sujeito.

Algumas especificidades da clínica com idosos

Em Mucida (2014), houve avanço no que diz respeito à exposição e aos comentários de inúmeros casos clínicos, o que tornou possível a releitura de algumas especificidades sobre a clínica psicanalítica com idosos anunciadas em Mucida (2012). Apesar de o analista não escutar idosos, mas sujeitos do inconsciente, existem algumas especificidades que devem ser consideradas nessa clínica e que retomamos brevemente neste momento.

Contrariamente à ideia de que o tratamento analítico não é indicado aos idosos, percebemos que muitos conseguem, em um tempo geralmente curto, retificações subjetivas importantes. Observamos que a premência do tempo que passa incide, inclusive positivamente, sobre retificações subjetivas. Verificamos também que muitos são os idosos a se servirem da fragilidade corporal para fazerem sintomas nos quais a velhice passa a ser o álibi para tudo que não funciona e para obterem o olhar e os cuidados do Outro. Muitos desses sintomas constituem-se também em resposta ao discurso atual, com a oferta de excesso de tratamento e medicamentos destinados aos idosos, mas devem ser analisados caso a caso.

Outro ponto importante nessa clínica é a exibição exacerbada de alguns afetos advindos do encontro com uma história anterior, que não pode ser mudada, e a falta de perspectiva para o futuro. Isso se deve, em especial, à diminuição dos laços simbólicos importantes à sustentação de muitos ideais e à diminuição do campo aberto à sublimação. Muitos idosos se isolam, tornam-se queixosos e tendem a responsabilizar a velhice por tudo aquilo que não funciona em suas vidas. Ao analista cabe trabalhar com os recursos disponíveis, provocando a implicação e a responsabilidade subjetiva sobre as queixas.

É comum verificar, nessa clínica, uma intromissão exagerada da família, em especial dos filhos, o que, para alguns idosos, reflete a perda do poder decisório sobre suas vidas. Alguns autores defendem a proposição de que nesses casos o ódio é um afeto importante que deve ser mantido na medida em que ele coloca limites à invasão do Outro. Entretanto, sabemos desde Freud que se o ódio cumpre a função de defesa contra a derrisão subjetiva, sua predominância na vida afetiva acarreta o rompimento dos laços afetivos. Claro que o contrário também não conduz a uma boa saída: idosos que tentam responder apenas à demanda do Outro tendem a anular os laços com o desejo, deprimem-se, tornam-se alheios ao mundo, com efeitos nefastos sobre a memória.

A transferência analítica é uma via importante para tratar esses afetos, pois, ao permitir que o sujeito possa expressar tanto o amor quanto o ódio, ela torna-se um espaço de escuta que pode

romper com alguns estigmas ligados à velhice, tais como sabedoria, resignação, compreensão sem limite, dentre outros que tendem a apagar o sujeito em prol de uma velhice ideal.

Outro fator a ser destacado é o fato de a demanda ao tratamento estar, muito frequentemente, aliada a um estado de urgência, quando fracassaram todas as tentativas de tratamento a certos afetos, como tristeza, agressividade, indiferença, ou a sintomas que possam colocar em risco a vida do idoso. Saliencia-se a necessidade de distinguir a demanda familiar de uma suposta demanda do idoso, sem a qual não é possível o tratamento (MUCIDA, 2012, 2014). Muitos idosos são levados ao analista sem saberem do que se trata e sem serem interrogados se querem esse tipo de acolhimento. Em todos os casos nos quais essa demanda foi verificada e nos que o sujeito se decidiu pelo tratamento, o fato de poder se posicionar levou esses idosos a se implicar de maneira especial com o tratamento.

Ressalta-se ainda que, nas famílias em que os idosos são respeitados como sujeitos, o tratamento funcionou de maneira muito mais eficaz do que nos casos em que a família quer apenas se livrar do incômodo de ter um idoso que se queixa, que demanda e apresenta sintomas que pedem cuidados especiais.

Em situações em que o idoso chega tomado por um estado muito grande de tristeza, angústia ou inibição, o analista deve arquitetar estratégias para que o idoso possa falar de seu mal-estar. Defendemos em outro momento que, em alguns casos, sobretudo quando o sujeito é tomado pela inibição ou pelos efeitos da

angústia, o analista “empreste palavras” que possibilitem abrir a via discursiva. Como acentuado, só se empresta o que se tem, e o que o analista tem à disposição é o que pode escutar do discurso familiar e das entrelinhas do que o idoso pode articular de seu mal-estar.

Por fim, retomamos duas questões relativas à relação do analista com a família e o discurso médico. Verifica-se que, em certos casos, em especial aqueles nos quais o idoso depende da família para levá-lo ao tratamento ou custeá-lo, faz-se necessário certos cuidados que se assemelham em alguns aspectos à clínica com crianças e adolescentes. A clínica ensinou que nesses casos é fundamental que o analista inclua a família no tratamento, explicitando alguns aspectos da escuta analítica, acolhendo-a quando essa se sente angustiada ou tem questões relativas aos efeitos do tratamento. Alguns casos ensinam que, dependendo dos efeitos causados pela escuta de si do idoso, retificações importantes podem ser lidas pela família como uma piora ou uma ameaça à sua relação com o idoso, deixando de apoiar o tratamento. Nos casos em que houve uma boa acolhida da família, que ela pode levar suas questões, o espaço do idoso foi se apresentando cada vez mais efetivo, e a família se tornou uma parceira importante, inclusive estimulando o idoso a levar ao analista suas questões. O mesmo ocorre em atendimentos domiciliares e em hospitais, de modo que, se o analista consegue transmitir sua forma de trabalhar, a família se organiza no sentido de garantir a manutenção da privacidade desse espaço necessário a uma análise.

Acentua-se, nessa clínica, a importância do diálogo com o corpo médico, sobretudo em casos de hospitalização e de tratamentos prolongados. Em momentos de crises e internações, quando o corpo médico apreende a especificidade do discurso analítico, a tendência é de que ele respeite essa forma de acolher e tratar o que se sofre. Em alguns casos, o corpo médico percebeu na presença do analista um parceiro importante ao sucesso do tratamento. Contudo, o contrário também pode ocorrer, e nesse caso o analista é o primeiro a ser retirado de cena quando há agravamento dos sintomas, como expressão de angústia e outros afetos.²

É fato que a hospitalização tende a mobilizar uma série de experiências, apresentando-se sob diversas maneiras uma má parceria entre o medo da morte e o horror de destituição subjetiva, que, por sua vez, podem despertar diferentes reações sintomáticas ou mesmo a piora do estado geral do idoso. Desconhecendo a força da pulsão de morte aliada à resistência e à cura, o médico pode se ver diante de obstáculos quase intransponíveis ao seu esforço de cura. Entretanto, quando o sujeito encontra-se transferido com o tratamento analítico e encontra o apoio da família, é o próprio sujeito que demanda a presença do analista no hospital, e isso incide de maneira diferenciada para o corpo médico.

Por fim, qualquer intervenção direta no corpo, incluindo a perda de algum órgão ou parte do corpo, pode acarretar verdadeiras feridas ao revestimento narcísico necessário à sustentação do corpo. Intervenções sobre o corpo podem

mobilizar um estado de angústia insuportável, pois, como salientou certa vez Lacan (1974), a angústia é ver-se reduzido ao corpo. A angústia é ver-se reduzido ao corpo biológico, ao corpo doente, ao corpo hospitalizado, que tende a apagar a singularidade subjetiva.

De outra forma,

Se a palavra é a chave mágica indispensável que sozinha pode nos permitir entrar no mundo da simbolização, bem, eu penso justamente que a angústia responde a esse momento entre, onde esta chave não abre mais a porta, onde o eu está confrontado a isto que está atrás, ou antes, de toda simbolização, onde isso que aparece não tem nome, essa “figura misteriosa”, este “lugar de onde surge um desejo que não se pode mais apreender”, onde se produz para o sujeito uma telescopia entre fantasma e realidade; o simbólico desaparece para deixar o lugar ao fantasma enquanto tal, o eu se dissolve, e é esta dissolução que nós nomeamos de angústia (LACAN, [1961-1962] 2000).

De acordo com Lacan, a angústia é um afeto de exceção, pois, diferentemente de outros afetos, ela não engana, mas escancara para o sujeito que algo não anda bem. Não desconhecendo os efeitos da passagem do tempo sobre o sujeito e tudo que a velhice, com certeza, mobiliza em torno da imagem, do corpo e dos laços com o Outro, o analista só tem um sentido ético na direção do tratamento, que incidirá na responsabilidade subjetiva sobre o que se queixa e se sofre: não recuar diante do sintoma e dos afetos que afetam diretamente o corpo, sobretudo a angústia, pois essas respostas contêm uma verdade sobre o sujeito e, portanto, oferecem a ele possibilidades de fazer outra coisa com seu sintoma e sua vida.

Conforme Lacan ([1976] 2007), com os cortes, o analista abre a possibilidade de novas costuras com o real que habita o sintoma.

Clinical work at the clinic with elderly

Abstract

Promoting a critical analysis of contraindication Freudian of psychoanalysis with seniors, this article analyzes starting from the symptom concept, the direction of treatment with the elderly. If by Freud and Lacan symptom consists of brands and experiences early established and an answer of the real subject, in the absence, therefore, symptoms of old, in what sense the clinic with elderly differs from other clinics and like the real old age focuses on the subject's relationship with the symptom? Issues central to the debate of this article.

Keywords: Symptom. Negative therapeutic resistance. Unconscious. Anxiety, satisfaction, joy. Transference.

Notas

- ¹ Remete-se o leitor à discussão de alguns casos clínicos apresentados em Mucida (2014).
- ² Sugere-se a leitura de um caso clínico disposto em Mucida (2014, p. 92-99).

Referências

- LISPECTOR, C. *A paixão segundo G. H.* Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- FREUD, S. O método psicanalítico de Freud. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. VII. p. 234-240. (Originalmente publicado em 1904).

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. III. p. 287-312. (Originalmente publicado em 1898).

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. VII. p. 1-119. (Originalmente publicado em 1904).

_____. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 12. p. 164-192. (Originalmente publicado em 1913).

_____. História de uma neurose infantil. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVII. p. 13-150. (Originalmente publicado em 1918).

_____. Além do princípio do prazer. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII. p. 13-85. (Originalmente publicado em 1920).

_____. O ego e o id. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XIX. p. 13-79. (Originalmente publicado em 1923).

LACAN, J. *L'identification*. Seminário inédito. Paris: ALI, H.C., 2000. (Originalmente publicado em 1961-1962).

_____. *La Troisième. Littératures & Compagnies. Psychanalyse. Textes de Jacques Lacan*. 1974. Disponível em : <<http://aejcpp.free.fr/lacan/1974-11-01.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. *Livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. (Originalmente publicado em 1976).

MUCIDA, A. *Atendimento psicanalítico do idoso*. São Paulo: Zagodoni, 2014.

_____. *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

_____. *Respostas sintomáticas e acontecimento de corpo – direção do tratamento na clínica com idosos*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.