

Depressão e Envelhecimento na contemporaneidade

Delia Catullo Goldfarb

Natália Alves Barbieri

Maria Elvira M. Gotter

Máira Humberto Peixeiro

RESUMO: O presente texto reproduz os trabalhos apresentados em mesa redonda sobre depressão e envelhecimento na contemporaneidade no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia, realizado em novembro de 2010 em São Paulo. Estes trabalhos são resultado de reflexões precedentes em um grupo de estudos e de discussão de casos clínicos composto por psicanalistas. A depressão é uma figura psicopatológica de presença maciça nos dias de hoje. Na velhice o acúmulo de perdas e a aproximação da morte podem produzir um estado de tristeza, fundo depressivo que caracteriza um momento de recolhimento em que ocorrem os processos de luto. Em alguns sujeitos o que se verifica é a instalação de um episódio depressivo que indica a paralisação destes processos elaborativos e a progressão de um esvaziamento do sentido para a vida, restando, neste contexto, apenas a espera pela morte. Neste trabalho serão discutidos aspectos que concernem a vivência destas duas modalidades de enfrentamento da entrada na velhice, levando-se em conta as maneiras como a cultura pode favorecer a ocorrência destes percursos distintos do envelhecer, e como ela os aloja atualmente em um movimento de desconsideração da subjetividade: desanimo da velhice ou problema neuroquímico? Serão apresentadas hipóteses para a produção da depressão como psicopatologia no envelhecimento e reflexões sobre observações clínicas que derivam destes quadros clínicos, tais como: a crise da percepção da entrada na velhice, o corpo hipocondríaco, a paralisia do tempo, a vivência do desamparo.

Palavras-chave: depressão, envelhecimento, cultura, corpo, tempo

ABSTRACT: *This text reproduces the works presented at a "discussion table" about depression and aging in contemporaneity in the "III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia", realized on November 2010, in São Paulo. These pieces of work are*

results of precedents debates in a study and clinic discussion group, composed by psychoanalysts. Nowadays the depression has an intensive presence as a psychopatologique figure. In old age, the accumulation of losses and the proximity of death can produce a state of sadness; a depressive found that characterizes a moment of retiring when the mourning process occurs. At some people, we can verify the installation of depressive episodes that indicates the paralyzation of this elaboration process and the progression of an emptiness of life's sense, being left, in this context, only the death expectation. In this text, aspects related to these two modalities of confronting the entrance in old age will be discussed, considering the ways how culture can collaborate with the occurrence of these two distinct trajectories of oldness, and how culture lodges it in these days, in a movement of desconsideration of subjectivity: discouragement of old age or neurochemical problem. Hypotheses for the production of depression as a psychopathology at oldness and reflections over clinic observations from these kinds of cases will be presented, such as: crisis of entrance in old age perception; the hypocondriaque body, the paralyzation of time, helpless.

Keywords: *depression, oldness, culture, body, time*

Introdução por Delia Catullo Goldfarb

Nos dois congressos Ibero-americano de Psicogerontologia, realizados em Buenos Aires (2005) e Montevideú (2007), nos chamou a atenção os poucos trabalhos apresentados sobre depressão. Este é um dado curioso, já que na clínica psicogerontológica este é um dos quadros que se apresenta com maior frequência.

Começamos a nos perguntar: que depressão é essa? Ainda existe depressão à moda antiga ou ela não é mais identificada como tal? Conversando sobre isso em uma reunião da Ger-Ações (Centro de Pesquisas e Ações em Gerontologia) decidimos fazer supervisão de nossos casos clínicos de idosos com depressão, juntamente com estudos teóricos sobre o tema. Assim surgiu o grupo de pesquisa sobre depressão, dentro do qual decidimos trazer aqui nossas primeiras conclusões na esperança de que em 2011, no IV Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia em Havana, Cuba, detenhamos outras contribuições

Quando a OMS relata que 120 milhões de pessoas sofrem de depressão, nos perguntamos se este dado se refere mesmo à depressão. Esta pergunta nos levou a outra: o

que é depressão nos nossos dias quando muitas crianças são diagnosticadas com depressão e são medicadas por isso? Haveria uma confusão sobre o diagnóstico? Estaríamos medicalizando e patologizando a tristeza?

Um de nossos guias e primeiras leituras foram os trabalhos de Luis Hornstein (2002, 2006), que situa a questão da depressão nos tempos atuais, na pós-modernidade, especialmente como uma questão complexa, multicausal que exige soluções cada vez mais multidimensionais. Ele diz que uma pessoa deprimida apresenta perda de energia, sentimentos de culpa, mudanças em atividades vegetativas como o sonho ou a alimentação, mas fundamentalmente apresenta uma visão pessimista do mundo e de si mesmo a ponto de se considerar a encarnação do fracasso.

Hornstein (2006) diz que o deprimido é um agoniado em busca de estímulo e expressa esse peso, essa agonia, de diversas maneiras: na temporalidade (“não tenho futuro); na motivação (“não tenho forças”) e no valor (“não valho nada”). O impressionante disto é notarmos que as duas primeiras frases são exatamente aquelas que caracterizam o discurso de idosos, mesmo entre aqueles não tão deprimidos. Por outro lado quando alguém fala: “Não valho nada” e acredita realmente nisso, está se referindo à perda do Eu que caracteriza os estados depressivos.

Na clínica vemos que há diferentes graus ou modalidades de se dizer a mesma coisa, e aí estamos diante da questão das intensidades que Freud trabalhou tão bem. Sustento a existência de um fundo depressivo no envelhecimento que tem a ver com a realidade, mas que pode não se constituir em depressão entendida como patologia, se os diversos fatores em jogo não comparecerem com suficiente força e quantidade para constituir este quadro.

Dentro de um critério de realidade, a consciência da finitude marca que realmente existe pouco futuro pela frente, a maior parte da vida já foi vivida e o que resta pode ser muito bom, mas sempre será pouco. O cansaço pode realmente tomar conta da existência, há um declínio corporal e com ele uma necessidade de muito investimento no bem estar físico. Há um maior cansaço ante a maioria dos estímulos da vida, uma fragilidade que não necessariamente se transforma em doença, mas junto a isso há uma perda do valor social.

Evidentemente que aos 30 anos também se pode viver uma situação de vulnerabilidade, mas sempre está presente uma possibilidade de futuro, já para o velho o futuro encurtado não é uma possibilidade e sim uma certeza. Aos 85 ou 90 anos o tempo

que resta pode ser muito bom, mas será curto. Exatamente por isso, o velho deve fazer um luto antecipado pela própria vida que ainda possui, mas que sabe condenada. Este é um dos lutos de mais difícil elaboração porque não existe um “depois”, mas mesmo assim não é um luto impossível. Neste sentido, as religiões ajudam dando essa esperança de futuro para uma vida melhor.

Na depressão uma perda de objeto se transforma em uma perda do eu, e o eu poderá enfrentar o futuro quando tiver projetos valorizados e aceitos socialmente. Mas se a valorização social é uma razão necessária ela não em si suficiente. A valorização social é o mínimo necessário. Se ideal de alguém é alto demais, jamais haverá absolutamente nada que favoreça uma elaboração, pois os objetos não serão considerados substituíveis, e a sublimação, portanto, será impossível. Por outro lado, a cultura contribui com a formação dos ideais, ajudando ou não a fazer todo um processo secundário que permite a elaboração das perdas e a garantia de subsistência do eu.

Pergunto-me até onde o eu pode agüentar fazer projetos de futuro se não há futuro? Até onde pode confiar que quando enfraquecido e doente pode ser cuidado por uma cultura que não só não o valoriza quanto o submete a atos de verdadeira marginalização, quando não de terror econômico como algumas aposentadorias?

Embora esta seja uma mesa de gerontólogas e psicanalistas, queremos ressaltar o fato da complexidade que envolve a depressão, que pode resultar de algum fator ocorrido na história infantil que se vê reativada por um acontecimento atual, onde um sistema de valores culturais é determinante como a bioquímica. Neste sentido, sabemos que os recursos bioquímicos podem aliviar os sintomas depressivos, mas sabemos também que não vão solucionar a história infantil nem os fatores negativos da realidade atual. Concordamos com Luis Hornstein, que a ideologia reducionista que serve para desacreditar nas questões subjetivas como motivadoras do sofrimento humano.

Na sociedade pós-moderna, ninguém mais morre de amor (isso era próprio do romantismo) e ninguém mais pode sofrer quando abandonado. A exigência é como diz a canção de Paulo Vanzolini: Um homem de moral não fica no chão, nem quer que mulher venha lhe dar a mão, reconhece a queda e não desanima, levanta e sacode a poeira e dá a volta por cima. O sofrimento nesta sociedade não estaria tão ligada ao abandono, pobreza, violência, desemprego, terror de estado, crises econômicas, mas a um determinado tipo de

estrutura molecular biológica. O trabalho interdisciplinar, respeitando as idiossincrasias e especificações de cada abordagem, mais do que um desejo deveria ser uma obrigação.

Para terminar e antes de abrir para os trabalhos das minhas colegas, reproduzo aqui um parágrafo de Luis Hornstein (2006):

“Ni en el cuerpo, ni en la mente hay dos personas que padezcan lo mismo. En el caso de la depresión cada individuo es único como los copos de nieve. Cada depresión, si bien comparte con las otras ciertos ejes, manifiesta una complejidad imposible de cercenar. Y uno quiere acotar el campo, por las buenas o por las malas. Las clasificaciones psiquiátricas tranquilizan: bipolar/unipolar; grave/leve; exógena/ endógena; breve/prolongada. El listado puede ser, y de hecho ha sido extendido de manera interminable, proceso cuya utilidad ha sido limitada para el tratamiento. Querer describir el padecimiento depresivo de manera unívoca nos condena a reducir la vivencia individual a un núcleo de síntomas “supuestamente invariantes”. El profesional esta angustiado y fuerza una univocidad o una bivocidad que el padecimiento depresivo no suele tener. Suponer que la depresión no es más que algo químico es como suponer que el talento o la criminalidad son exclusivamente químicos. “Estoy deprimido, pero no es más que algo químico” es una frase equivalente a “Soy un asesino, pero no es más que algo químico”, o “Soy inteligente, pero no es más que algo químico”. “Me conmueven las sonatas de Mozart, pero no es mas que algo químico”. Todo en una persona es meramente algo químico, si se quiere pensar en esos términos. El sol brilla, lo cual también es meramente químico, así como es algo químico que las rocas sean duras o que el mar sea salado” (p.16, 2006).

A escuta da depressão no envelhecimento por Natália Alves Barbieri

A depressão é algo que vislumbramos constantemente na clínica e é curioso como não se costuma falar da mesma quando se trata do envelhecimento nem mesmo na gerontologia ou na geriatria. Mais do isso, a depressão não só NÃO é falada, como também sequer é identificada como algo a ser tratada.

Em meu trabalho como idosos em situação de fragilidade, temos observado como certas patologias são consideradas “normais” na “velhice” – o “normal” entendido como algo intrínseco ao contexto do envelhecimento – e justamente por este motivo não desperta nem nos profissionais nem nos cuidadores a disponibilidade para encamparem algum tratamento. Um idoso quieto, com sono ou triste é considerado dentro da normalidade, independente de como esta pessoa costumava ser em outro momento da vida. É comum ouvir por parte dos profissionais e de alguns familiares algumas frases como a seguinte: “Ele não está deprimido, quando se fica velho a gente fica mais triste, não tem o que fazer, é normal... é assim mesmo”.

É curioso como estas patologias não são encaradas como passíveis de cura ou tratamento mesmo sendo estas possíveis e recomendadas. A tese defendida por Goldfarb (2004) é a de que a depressão não tratada na velhice pode encaminhar para um quadro demencial, argumento que em si justificaria uma necessidade de intervenção. O discurso biomédico, que informa todas as outras áreas da saúde, inclusive a gerontologia, de alguma forma contribuiu para que a velhice fosse sendo construída como doença. No entanto, ao contrário do que se podia esperar, percebemos que algumas doenças na velhice não são tratadas como doença (como a depressão e a incontinência urinária). Por que será que isso acontece? Uma das hipóteses que podemos levantar, entende que a medicina (e outras áreas da saúde) abriu mão da velhice fragilizada e/ou “mal-sucedida” por esta expor a sua impossibilidade de intervenção terapêutica. A velhice representando a mortalidade do humano seria considerada o calcanhar de Aquiles da medicina. A partir da psicanálise, nossa referência de trabalho, partimos da consideração que nem velhice nem envelhecimento são doenças, mesmo que imponha uma maior fragilidade, e que o envelhecimento é um processo não linear que ocorre durante toda a vida.

Em algum momento deste processo vital, o sujeito se percebe velho ou envelhecido. Isto implica em dizer que o envelhecimento não é a mesma coisa que a velhice. Neste sentido, a definição cronológica que marca a entrada na velhice, como a da OMS e da legislação brasileira, têm fins apenas para convenção social, não conseguindo abarcar a subjetividade individual ou mesmo grupal.

Isto fica claro quando perguntarmos para as pessoas quando elas ficam velhas: cada um falará alguma coisa. O tempo kairótico – o nome que damos ao tempo vivido

internamente e que é vivido diferentemente para cada um de nós – diz do modo como lidamos com a temporalidade e marcará com sua singularidade o modo como cada um irá lidar com o seu processo de envelhecimento. E é exatamente na articulação do tempo kairótico com o tempo cronológico que se dá a percepção da velhice.

Alguns psicanalistas consideram a entrada na velhice como um momento marcado por algum acontecimento, alguma perda importante para o sujeito que evidenciaria – sem nenhuma dúvida – a proximidade da finitude. Este aspecto é extremamente relevante: no jovem a morte aparece como risco e na velhice aparece como certeza. Algumas perdas podem ser importantes, mas nem sempre desencadeiam um processo de crise onde se inviabiliza os projetos de futuro.

Esta árdua experiência costuma ser sinalizada por algum acontecimento no corpo (uma doença, uma dificuldade antes inexistente), por algum comentário sobre a velhice que não vemos em nós, por alguma perda importante (a morte de algum ente querido, o fim de um trabalho, uma separação amorosa) ou ainda pela mudança de papel exercido na família.

Seguindo este raciocínio, a velhice apareceria quando os ganhos passam a superar as perdas e quando alguma perda específica evidencia a proximidade com a finitude (Messy, 1992). Podemos chamar este momento também como CRISE. Ou “envelhescência”, como chamou Berlinck (2000) para este momento de revisão, extremamente necessária, das possibilidades reais de projetos neste momento da vida.

Por crise podemos entender várias sentidos: perturbação, limpeza, desembaraçar, purificar, depurar o que vale ou não, separação, ruptura, decisão, juízo, descontinuidade, algo que acontece repentina e abruptamente, estado de dúvida, tensão, conflito, déficit, falta. Nós, latino-americanos, parecemos viver na política, na economia e nas relações sociais uma situação de crise eterna...

Diante de todos estes sentidos, definirei crise como um momento de desorganização que impõe necessariamente uma nova situação para o sujeito, tornando impossível retornar ao que se era antes. Isto é o mesmo que Canguilhem (2007) diz sobre a doença: não se volta a um estado anterior, a doença impõe um desequilíbrio entre o organismo e o meio, e a superação desta situação cria uma nova relação e nunca a mesma que existia antes. Há uma mudança de uma ordem para outra.

A crise, portanto, implica num RISCO SUBJETIVO, podendo significar para a pessoa: OPORTUNIDADE ou ESTAGNAÇÃO. Oportunidade de rever e readaptar projetos diante da nova condição que se estabelece. Estagnação porque pode gerar uma perturbação, um desequilíbrio tal que a pessoa não consegue mais se reorganizar. Como se dispor diante da crise? Como lidar ou enfrentar crises?

Podemos dizer que esta crise pode ser vivida na velhice na forma da depressão; ou que a depressão pode ser encarada como uma crise que o sujeito se encontra diante da perspectiva da finitude, onde se torna imperativo refazer as perspectivas diante da nova situação que se instaura. Depressão, que, se acompanhada pode trazer novas perspectivas para o sujeito que poderá realizar o luto da perda daquilo que se era ou se tinha – principalmente o luto da pretensão de achar que podemos fazer tudo – e seguir em frente diante das novas possibilidades.

Freud (1915) escreveu um texto chamado Luto e melancolia, onde tentou diferenciar o luto normal diante de uma perda – de alguém, de uma pessoa, de um projeto – de uma perda impossível de ser elaborada porque o sujeito tem sua vida comprometida por um jeito de lidar com as coisas que dificulta a elaboração. Para Freud o luto normal seria o mesmo que a depressão, já o luto patológico seria a melancolia, que estaria ligada à constituição do sujeito, a um modo dele lidar com as coisas. A melancolia estaria relacionada à estruturação do eu, uma neurose narcísica localizada entre a psicose e a neurose.

Já a depressão é constitutiva do psiquismo e caracteriza o ser humano. O tempo todo estamos fazendo lutos inconscientes por coisas que perdemos, mesmo que não identifiquemos este processo, como por exemplo, quando terminamos de ler um livro que estamos entretidos e não queremos que aquela sensação acabe.

A depressão é uma forma do humano se proteger (se recolhendo) do contato com a realidade quando esta é frustrante e ameaçadora (e ela sempre é frustrante em diversas situações). É um momento onde o humano se afasta de sua relação com a realidade em busca de condições para suportá-la. É um momento de reorganização para um posterior retorno e enfrentamento da nova situação (Berlinck, 2000b). A depressão, sobre este ponto de vista, é extremamente importante para a manutenção da vida.

Se pensarmos que a exigência do mundo contemporâneo é a atividade, a eficiência, o pragmatismo, a produção, o consumo, a boa aparência, a juventude como modelo, um tempo sem rituais, podemos entender um pouco porque a depressão assume este lugar de epidemia. Na verdade o que se espera com estas exigências é que não haja espaço para se deprimir, mas é justamente a depressão que mais aparece (Berlinck, 2000b). No envelhecimento esta situação é ainda mais impactante.

O discurso social diz: é proibido sofrer; é proibido envelhecer, e principalmente: é proibido sofrer por envelhecer. O processo de envelhecimento em si já é algo solitário. Em nosso país isto se amplia, pois ainda são restritos os lugares de pertinência à velhice. Não há lugares nem espaços coletivos para se compartilhar com o outro o que se vive.

A grande dificuldade do luto é que necessariamente temos que nos deparar com o sofrimento, pois estar vivo significa estar sujeito às frustrações, a perder, a fracassar, a desilusão, mas também a encontrar, esperar e conviver e ganhar. O sofrimento só não pode ser algo insuportável, de forma a impossibilitar a elaboração. Para ter luto é preciso ter tempo para transformar a dor da perda em lembranças que podem fazer parte da história. Aceitar o luto é aceitar a perda e toda a perda remete sempre à morte.

A impossibilidade de fazer este luto, de reconhecer a perda, faz com que o sujeito permaneça no vazio. E isso pode encaminhar o sujeito para um desligamento, para um desinvestimento das coisas, das pessoas e de si mesmo (Goldfarb, 2004). É desligar-se para não PERDER a vida e isto pode encaminhar-se para um processo de demência. Demência aqui entendida como ausência ou impossibilidade do trabalho de luto.

Frei Tito, um frei dominicano que foi preso e torturado ao participar do movimento estudantil na época da ditadura no Brasil, – também retratado no livro e filme do Frei Betto (Batismo de sangue), depois de solto e exilado na França, começou a relatar perseguições do Sr. Fleury, o coordenador das torturas que sofreu. Ficar longe de seu país não era entendido por ele como uma forma de proteção; estar longe era o equivalente a abandonar o barco. Alguns dias depois de ser encontrado enforcado no parque do convento, Tito escreveu: “É preferível morrer que perder a vida”.

Penso que na demência ocorre justamente um movimento contrário, é como se dissesse: “É preferível perder a vida a morrer”. Parece que o luto pela perda da vida não

pode ocorrer e a pessoa se envereda numa vida sem vida, sem memória, sem passado, sem futuro e sem sentido.

Para Frei Tito, o sentido de viver só existia se a vida pudesse ser vivida plenamente – o que tinha se tornado impossível pela ditadura. Obviamente nem todos que foram torturados enlouqueceram, apesar de carregarem consigo diversas e sérias seqüelas pelo resto da vida. Na demência há um desligar-se diante da impossibilidade de futuro e de projetos. Isto é evidente nas instituições asilares para idosos: nestes lugares observamos uma rápida perda de lucidez entre aqueles que entram lúcidos e com a expectativa de continuarem mantendo sua autonomia na instituição (grande parte de moradores destas instituições escolhem esta opção porque não querem dar trabalho para os filhos ou porque não querem viver mais isoladamente). Uma parcela grande entra em processo demencial e acredito que isto aconteça principalmente pela: falta de perspectiva de vida e de futuro nas instituições, o não lidar e falar sobre as mortes dos outros moradores, a rotina medicalizante e o processo de hospitalização da moradia (Barbieri, 2008).

O maior trabalho na velhice, portanto, é o do luto antecipado de um objeto ainda não perdido – a própria vida (Goldfarb, 2004). Luto nem sempre possível diante da perda do objeto real e também do ideal e das perdas das perspectivas de futuro que são colocadas. Mas é o desejo de sobreviver que sustenta este trabalho. E no trabalho analítico, a idéia é sustentar para o sujeito a pergunta sobre que futuro é possível naquele momento. A sustentação da pergunta supõe que existe ali um sujeito desejante.

Há, portanto, muito trabalho envolvido neste processo: manutenção da própria identidade; medo da fragmentação frente ao envelhecimento do corpo; sustentar a própria integridade diante do esfacelamento da rede social; flexibilidade frente às mudanças do envelhecer ou “deixar de ser”.

Na clínica, poder reconhecer as perdas na velhice é validar que o sujeito existe. Em geral costumamos amenizar todas as perdas: “não pensa nisso não”, “vamos mudar de assunto”, “o que é isso? Você está tão nova ainda, bola pra frente”. Acontece que, se há uma perda há um processo natural de luto que precisa ser feito. E neste processo de luto, durante certo período o mundo se torna pobre e vazio, até que o sujeito incorpora para si parte daquilo que perdeu e se abre para se relacionar com o mundo novamente (Freud, 1915).

Em muitos casos encontramos idosos com depressão, mas achamos que isso é NORMAL, onde não se há nada o que fazer. Também achamos “normal” que o idoso tenha incontinência urinária, que durma muito, que repita sempre a mesma coisa, e que deixe de sair de casa para fazer as atividades que fazia antes. A intervenção que não coloca o idoso no lugar de dependente, mas, ao contrário, possibilita a escuta do desejo, do medo da morte, da dependência, das perdas, é o que pode tornar possível este trabalho de luto extremamente necessário.

A sabedoria ou a velhice saudável não é necessariamente o envelhecimento ativo, tão defendido pelos especialistas da geriatria e da gerontologia, ou o acúmulo de experiências, mas sim a possibilidade de ser flexível diante das questões e mudanças impostas pela vida. Ou como diria Canguilhem sobre a saúde: é conseguir se adaptar (ter plasticidade) diante das novas situações impostas.

Para haver perspectiva de futuro é necessário que o passado encontre novos significados, de tal forma que este processo não se dá solitariamente, mas exige a presença do outro como interlocutor daquilo que se vive. Numa sociedade que tende a ignorar o envelhecimento, validá-lo significa legitimar a existência do sujeito que briga para se manter sujeito mesmo na velhice.

A manifestação de episódios depressivos na velhice: O corpo, as ideias hipocondríacas e o desamparo por Maria Elvira Gotter

Esta reflexão é fruto da observação e da escuta diferenciada na clínica de pacientes idosos que demandam atendimento psicológico por questões relacionadas à perda de desejo, perda de ação, desalento, vazio existencial, tristeza, sentimento de solidão, dentre outras. Porém, pude constatar que, não obstante a existência de uma inibição corporal, relacional e psíquica, não todos os pacientes se encontravam com depressão, mas sim em processo de luto e procuraram a terapia para elaborar situações relacionadas à tomada de consciência, por um lado, da entrada na velhice com suas perdas que os confronta à angústia de castração e, por outro lado, da própria finitude que os confronta à angústia de morte.

Freud assinala em Luto e Melancolia (1927), que o luto é um processo psíquico lento e doloroso resultante do desinvestimento de um quantum de energia que era dirigida

ao objeto amado: pessoa, pais, liberdade, ideal etc. e no final do processo o eu fica livre de inibições, para investir em novos objetos de desejo. Nesses casos esses idosos estariam elaborando um luto por diversas perdas: por um corpo jovem, objeto narcisicamente investido, pela perda dos papéis sociais, pela perda do trabalho e a difícil entrada na aposentadoria, pela perda de laços afetivos, pela morte de seres queridos, dentre outras. Esses trabalhos de luto se tornam necessários para dar lugar à vivência e aceitação da perda e, desse modo, simbolizar a ausência do objeto perdido. Nesse sentido podemos falar de “depressividade” (Fédida 2002), que é a capacidade do sujeito para entrar em contato consigo mesmo quando acontece a perda e a transformação decorrente dessa experiência.

Porém, algumas vezes, acontece que essa vivência da perda não existe, há uma dificuldade na elaboração do luto, a pessoa se apega à lembrança do objeto perdido e, deste modo, o sujeito sucumbe a um “sério episódio depressivo.” Neste sentido podemos falar de um luto patológico em que a libido apresenta dificuldade de desligar-se do objeto causa de satisfação. (Kehl, 2009).

A Sra. Maria (nome fictício) de 64 anos procura atendimento psicológico por depressão decorrente da morte do esposo, acontecida quatro anos atrás, e do desmoronamento familiar que determinou sua saída de casa; ela não consegue elaborar um luto diante dessas perdas. Durante o tempo de atendimento se percebe um desejo constante de voltar à situação anterior, onde os objetos perdidos – tanto o esposo, como a família e a própria casa – lhe outorgavam uma posição que lhe garantia uma identidade: a de mulher amada, dona de casa e mãe devotada, que lhe proporcionava um sentimento de permanência, de unidade e continuidade. A paciente não consegue colocar outros objetos no circuito das satisfações pulsionais; a morte do esposo e o desmoronamento familiar lhe provocaram um câmbio radical de posição: passou de uma atitude ativa para uma atitude passiva que se manifesta pela falta de desejo, pelo vazio existencial, a sensação de desamparo, a carência de simbolização e sobretudo o sentimento de menos valia: “eu já não sirvo para fazer nada, eu estou impossibilitada de realizar qualquer atividade, eu me sinto mal porque só levo problemas para os outros”. Tudo isto determina, para ela, um lugar sem sentido, uma posição que caracteriza um episódio depressivo. Ela não consegue sonhar, nem metaforizar; é como se a vida não tivesse mais significado e a levasse a uma posição de passividade. Dessa forma, o sujeito é confrontado com sua impotência perante a vida e, a

cada perda, a angústia de castração se renova. Parece não existir nenhuma expectativa de investir em novos objetos. Acontece uma inércia que dificulta a mudança e leva a pessoa ao vazio existencial, que se exprime na clínica como um grande vazio de significações e uma falta de metáforas que impede a emergência de novos sentidos. Segundo Fédida (2002), “a depressão se apresenta como um impedimento dos movimentos da vida psíquica e da vida externa, uma abolição de qualquer devaneio ou desejo. Uma violência do vazio parece dominar o pensamento, a ação e a linguagem” (p.105).

O sujeito depressivo se queixa de incapacidade radical (Chemama, 2007). Os pacientes que atravessam um episódio depressivo se queixam de angústia, de vazio, ansiedade, irritabilidade, insônia, inapetência. Na realidade o que eles manifestam é uma inapetência de desejo e, conseqüentemente, de vida. Um paciente diz que fica sentado na poltrona o dia todo, não sente vontade de sair desse lugar em que deixa a vida passar. Essa imobilidade operaria como uma forma de inibir a passagem do tempo e expressa a dificuldade de se colocar numa posição de sujeito desejante. A estagnação no tempo (Kehl, 2009) se manifesta por meio da carência de lembranças importantes do passado e da falta de fantasias que se projetem na perspectiva de um futuro.

Assim como existe uma estagnação no que diz respeito ao tempo, podemos observar também uma extrema fixidez corporal, o que resulta num corpo impedido de atuar, de agir. A lentidão extremada do depressivo, que se manifesta no corpo, estaria relacionada ao tempo psíquico da depressão, um tempo próprio que parece congelado, estagnado, porém ligado a uma violenta inquietação interna de medo do aniquilamento. A pessoa crê que a perda é total e clama para que os outros assumam alguma atitude perante sua impotência (Chemama, 2007). Esse clamor não vem sempre pela palavra, mas também por expressões corporais como, por exemplo, a voz monótona, o rosto sem expressão, o caminhar arrastado, o olhar vazio, a mobilidade diminuída, em suma, uma rigidez corporal total. Um corpo que fala quando as palavras parecem não ter mais sentido. Quando a comunicação verbal com o outro quase não acontece, o corpo aparece como mediador entre a dor de existir e o mundo. Para Fédida (2002), “a experiência do estado deprimido poderia caber numa única sensação: aquela quase física, de aniquilamento”.

O sujeito que atravessa um episódio depressivo tem uma imagem desvalorizada de si, que está relacionada a sua imagem ideal de si mesmo. Alguns pacientes se queixam da

imagem irreconhecível, de velhos decrepitos que lhes é a pontada pelo espelho causando-lhes certa estranheza. Não poucas vezes, são pacientes que dão um grande valor à aparência, à estética e aos valores da juventude. Podemos observar que há uma não-aceitação da imagem de si, eles valorizam a imagem idealizada da juventude em detrimento da imagem irreconhecível, estranha, da velhice que lhes é apontada pelo outro: o espelho. Eles temem essa imagem refletida no espelho com a qual não conseguem se integrar. Nesses pacientes, o sentimento de estima de si está desvalorizado, pela tomada de consciência do envelhecimento, especialmente através do corpo, como também pelos ideais que representam à juventude.

Muitas vezes não há uma aceitação do lugar que lhe assinala a sociedade e se manifesta por meio de um sentimento de desamparo. O idoso não ocupa mais o lugar que lhe era outorgado pela família ou pela sociedade, o outro já não mais lhe assinala o seu lugar e não pode ser nomeado desde esse lugar e isto lhe provoca uma sensação de vazio, um sentimento desvalorizado de estima de si. O sentimento de estima de si (Hornstein, 2002) é a forma como o sujeito se valoriza positiva ou negativamente segundo um sistema de ideais.

A Sra. Marta (nome fictício), de 73, anos foi encaminhada pelo médico com o qual estava realizando um tratamento farmacológico para depressão. Na primeira entrevista ela diz que sempre foi uma pessoa dedicada ao trabalho. Trabalhou muitos anos na área da saúde, fez mestrado e doutorado, se aposentou e agora não sabe o que fazer da sua vida, já que o trabalho era tudo para ela. Há uma dificuldade de aceitar a perda de um objeto libidinalmente investido, para poder escolher um novo objeto. Ela vivencia essa perda como uma ameaça à sua integridade, sente a imagem de si como profissional, na velhice, desvalorizada e isso lhe provoca uma grande frustração. A falta de reconhecimento a coloca na condição de desamparo, de falta de prestígio em definitivo, de falta de amor. Isto acontece quando ela volta ao local de trabalho e as pessoas com as quais trabalhava não lhe prestam mais atenção. A vivência dessa situação se exprime também no corpo por meio de tonturas, perda de equilíbrio e um grande medo de vir a ter Mal de Parkinson, sintomas que são trabalhados durante a terapia e, na medida em que consegue significá-los, ela começa a se interessar em realizar um trabalho nas comunidades carentes. Dessa maneira estabelece novos vínculos e surgem novos projetos que a colocam novamente no trânsito do desejo.

Em *O futuro de uma ilusão* (1928), Freud nos diz que a libido segue o caminho das necessidades narcísicas e investe naqueles objetos que asseguram a sua satisfação. Perante a perda de objetos investidos há uma excitação frustrada e a libido insatisfeita se manifesta em angústia e revela o desamparo do sujeito. Segundo Freud no *O Mal-Estar na Civilização* (1929-30), são três as fontes do sofrimento humano: o próprio corpo que está condenado ao declínio e ao aniquilamento, as ameaças do mundo exterior e, por último, a relação com as outras pessoas. Estas formas de ameaças, especialmente o corpo e a relação com as pessoas, são sentidas de uma forma mais contundente na velhice e destacam a posição do sujeito na sua condição de desamparo. A ameaça do corpo em declínio se manifesta pela fragilidade, sobretudo em idades mais avançadas em que se exprime através do medo da dependência, além do sofrimento provocado em alguns casos pela dor e a consciência da finitude. A falta de vínculos afetivos causa um sentimento de desamparo expressado pelo sentimento de solidão, da ausência de amor e da falta de proteção do outro. Sendo assim, o homem é confrontado à precariedade de sua existência e, perante essa insegurança e a falta de sustentação proveniente do outro, o idoso poderá sucumbir a um sério episódio depressivo.

Sabemos que desde a mais terna infância, o bebê vivência o desamparo. Esta condição originária é a base da constituição do sujeito. Ele precisa da ajuda do outro, da mãe ou substituto da mãe, que lhe dará a proteção necessária para sua sobrevivência. Esse primeiro momento de desamparo originário deixará um traço indelével no psiquismo e será re-editado a cada vivência de perda, acompanhado da grande angústia que aparece nos momentos em que o idoso sente de forma inexorável, como por exemplo a solidão, a fragilidade corporal, a perda dos seres queridos, e mostra de maneira inegável a dor de existir do ser humano. Dessa forma ele é confrontado constantemente com a condição originária de desamparo que se manifesta na falta de garantia no que diz respeito à sua existência e ao seu futuro.

Ora, se pensarmos que o individuo cada vez mais vive numa cultura contemporânea auto-centralizada, egocêntrica na qual o idoso tem poucas oportunidades de estabelecer novos vínculos ou fortalecer os já existentes, inferimos que o idoso na condição de fragilidade poderá sucumbir a um episódio depressivo pela falta de apoio, de amor, em suma, da escassez de trocas relacionais, ou seja, pela falta de diálogo com seu entorno. Dessa forma a sociedade contribui para a reclusão do idoso. Sendo assim, o idoso se isola

porque acontece um duplo encerramento: por um lado o idoso se fecha cada vez mais no seu mundo porque não encontra estímulos externos e, por outro lado, a sociedade não se comunica mais com o idoso o que também provoca o seu retraimento. Um paciente me diz que ele não sabe como conviver com a solidão, que tudo seria muito mais fácil se ele morasse com um dos seus filhos ou pudesse compartilhar mais tempo junto a eles, porém ele não pode incomodá-los porque os filhos têm suas famílias e estão muito ocupados com seus trabalhos e suas atividades.

Podemos afirmar que é na velhice que se apresenta com maior impiedade o sentimento de desamparo, especialmente quando falamos da velhice fragilizada. Nessa situação de fragilidade, o sentimento de desamparo surge com toda sua força levando muitas vezes o idoso a um estado de vazio, de fixidez, de insegurança. Nesse sentido, a depressão (Chemama, 2007) seria uma forma acentuada, quase patológica, de desamparo.

Os idosos que atravessam um episódio depressivo se queixam de um mal-estar físico que muitas vezes não conseguem explicar e, outras vezes, se mostram preocupados por acreditarem que podem ter alguma doença o que, em ambos os casos, lhes causa uma grande angústia. Acometidos por essas idéias hipocondríacas, eles procuram por diagnósticos médicos de diversos especialistas, que possam prever alguma doença, não poucas vezes consideradas fatais por eles. Muitas vezes, segundo Peruchón (1992), as queixas somáticas que apresentam os idosos poderiam ser consideradas hipocondríacas pela maneira exagerada em que as exprimem.

Esse estado de angústia é decorrente de uma grande quantidade de libido desligada que não encontra um representante psíquico. Na medida em que a pessoa envelhece, as perdas se acentuam e, a libido retirada dos objetos não encontra outros objetos substitutos para ser investida novamente. O sujeito é, cada vez mais, acometido pelo excesso de excitações desligadas, de modo que a libido permanece flutuante e provoca uma angústia difusa, somática, estancando-se no nível de um órgão, de uma parte do corpo, ou no eu, e se manifesta por meio de inúmeras queixas hipocondríacas. Sendo assim, o idoso retira a libido do mundo exterior – há uma falta de interesse pelos objetos do mundo exterior – e se concentra nas queixas que o perturbam (Peruchón, 1992).

Um paciente diz: “Continuamente estou no pronto socorro porque tenho palpitações, tenho medo de ter um ataque cardíaco”. Outro reclama de dor de cabeça e acredita estar

com pressão alta; ainda outro paciente queixa-se da cabeça pesada, do medo de um derrame ou da iminência de um ataque do coração. Observamos que existe um grande medo de que os sintomas deflagrem alguma doença grave que possa levá-los à morte.

Quando nos referimos ao corpo, é comum pensar no corpo biológico, anatômico, o corpo como uma realidade objetiva. Porém, quando falamos de corpo na psicanálise, falamos do corpo a partir de outro sentido, de um corpo submetido à linguagem, um corpo investido libidinalmente, um corpo erógeno revestido de significações que é suporte das emoções, da nossa realidade psíquica, onde se inscrevem as vivências das relações libidinais, afetivas, e que atua como memória inconsciente de todas essas experiências.

Na hipocondria, o sofrimento se apresenta por meio de uma representação imaginária do corpo, ela ocupa um lugar intermediário entre a doença orgânica manifesta e os processos psicopatológicos. O sujeito manifestaria de uma forma deslocada, as dores do seu próprio drama (Volich, 2005). As desagradáveis percepções corporais hipocondríacas do idoso pareceriam estar intimamente relacionadas à consciência da finitude; é como se cada sintoma ou doença imaginária confrontassem o indivíduo com a possibilidade de vir a morrer, o que provoca uma grande angústia. Essa angústia hipocondríaca seria um sinal de alarme, de perigo, relacionado ao medo de aniquilamento, que estaria vinculado, em última instância, à dificuldade de lidar com a morte. Essa dificuldade estaria relacionada à perda de um objeto muito precioso, no caso a própria vida, o que produz uma grande comoção afetiva. Desta maneira é importante efetuar um trabalho de luto difícil de ser realizado já que se trata de um luto antecipado pela própria vida, entretanto torna-se necessário um trabalho elaborativo para não sucumbir ao medo do fim da vida e, por conseguinte, a um grave episódio depressivo.

Podemos concluir que alguns idosos têm dificuldades de realizar um desligamento saudável dos investimentos e manter as relações objetais necessárias para não sucumbir a um grave episódio depressivo. Por isto, se torna importante que o idoso construa novos laços afetivos, reafirme os vínculos familiares, muitas vezes alquebrados, realize novas atividades para recuperar a capacidade de sonhar, de criar e de reconhecer que existe uma possibilidade de futuro, por meio de projetos passíveis de serem realizados o que determina a re-elaboração do próprio projeto de vida.

Dessa forma, para poder levar adiante o seu projeto de vida e que seu desejo não vacile perante a perda, o idoso precisa se adequar à nova realidade, aceitando as mudanças por meio de um difícil trabalho psíquico de elaboração das perdas e de construção dessa nova realidade.

Entretanto, sabemos que a elaboração das perdas, a sustentação dos laços afetivos e o ajustamento a nova realidade não sempre serão alcançados. Por um lado, dependerá dos recursos que a pessoa tem para enfrentar a perda e, por outro pela complexidade do próprio entorno em que o idoso pode estar inserido. Dessa forma, ele será confrontado constantemente com a situação originária de desamparo que se manifesta na falta de garantia no que diz respeito à sua vida e ao seu futuro e que poderá levá-lo a um episódio depressivo.

Paralisia do tempo e vazio no envelhecimento por Maíra Humberto Peixeiro

No processo de estudos e supervisão sobre a depressão, percorrido pelo grupo que hoje forma esta mesa, nos deparamos com a questão do tempo. Tempo parado, tempo que não passa, tempo sem história, tempo vazio. Qual é o tempo da depressão?

Em meio às discussões, imagens tais como os residentes de ILPIs sentados em sofás, em frente à televisão, em corredores, em quartos, esperando o tempo passar, ou melhor, não esperando nada, nos inquietaram. Seres aparentemente fora do tempo mirando o vazio. Que perigo tão intenso os apavorou, fazendo com que se refugiassem neste intenso nada? Não resolvem fechar os olhos, mas tampouco os abrem. O que os afugentou?

Joel Birman (1995) anuncia uma psicopatologia da velhice, fundada na impossibilidade da temporalização. O velhos, impedidos de construir um sentido para o seu presente, resignificando seu passado, não poderiam projetar um futuro. A ausência de perspectiva de futuro, a impossibilidade de projetar-se neste futuro, de antever sua imagem em um tempo que ainda está por vir, esvaziaria o presente, deixando o sujeito submetido a um passado que ele não pode mudar. A proximidade da morte, neste contexto, se apresentaria de maneira a extirpar do sujeito qualquer possibilidade de redimensionamento da vida que resta a partir da nova constatação, a morte se apresenta em sua face hedionda, terrível. O ser engessado nesta condição passaria a apresentar o que o autor chama de estilos clínicos para confrontar a impossibilidade de temporalização. Estes estilos são: a mania, uma tentativa de burlar, através de uma imagem caricata, exagerada de jovialidade,

a presença da morte; a paranóia, tentativa de responsabilizar o outro, o mundo, por ter retirado o que era seu de direito, o que ele merecia; e por fim, a depressão. A depressão teria um caráter melancólico, pois somente as faltas e as perdas ocupariam a cena, já que o trabalho de luto não poderia ser realizado. O trabalho do luto é um processo que se inscreve no tempo, pressupõe a retirada do investimento, um a um, dos traços do objeto perdido, transformando, como descreve Goldfarb (2004), a dor da perda em lembrança. Este trabalho só tem sentido se existe um futuro aberto para novos investimentos pulsionais. Quando a cultura não oferece espaço para estes investimentos, o sujeito se volta para o passado, para suas faltas e perdas e lá permanece. O tempo pára.

Mas de que tempo estamos falando? O tempo para a psicanálise tem características próprias. Em seu texto *Uma nota sobre o bloco mágico* (1925), Freud toma este objeto, o bloco mágico, que conhecemos como lousa mágica, objeto que consiste em uma superfície de cera coberta por uma fina película plástica, onde ao pressionar um objeto com ponta, tal como uma caneta sem tinta, escrevemos, desenhamos, inscrevemos um traço que permanece visível até que a película plástica seja levantada. Freud compara a película ao pólo perceptivo do aparelho e a cera ao sistema pré-consciente e inconsciente, onde diversos traços, apesar de não estarem presentes ao pólo de percepção, permanecem em um infinito campo de inscrição, onde nada se perde. Cada traço proporcionado pelos acontecimentos da vida está lá colocado. Tomando esta idéia, temos que o psiquismo é um emaranhado de marcas, traços, inscrições, estabelecidos fundamentalmente a partir da nossa relação com o mundo, com os objetos em que investimos nossa libido: pessoas, lugares, trabalhos, projetos, ideologias, entre outros. Estas inscrições só são ativadas quando associadas entre si, só ganham corpo quando articuladas no campo simbólico, no campo da linguagem, a outras representações. Sylvie Le Poulichet (2006), autora francesa que se debruçou sobre a questão do tempo em psicanálise, lembra da idéia freudiana do *après coup*, ou depois do golpe, descrevendo o que chama de tempo identificante. Ela define este tempo como:

“... o encontro por sobreposição de traços de um acontecimento passado e de um acontecimento presente e seus efeitos no corpo. É necessário um acontecimento novo para que o acontecimento antigo ressoe e aceda à presença. Ele já estava lá, mas no entanto ele chega de repente. É um ‘já lá’

que toma corpo somente depois do golpe (après coup)” tradução livre (p. 23)

Este é o fundamento da teoria do trauma freudiano, que propõe que um acontecimento só se torna traumático em um segundo momento, après coup, quando reativa um acontecimento anterior, que quando ocorrido, devido à imaturidade sexual da criança, não tinha sentido. Quando o sentido sexual é atribuído à vivência, aí sim, existe um excesso pulsional que não pode ser metabolizado, constituindo o trauma.

O que é essencial nesta formulação para o tema que pretendo desenvolver nesta apresentação, é que os traços só ganham presença, quando se identificam entre si, no sentido não de se assemelharem, ou de se tornarem como o outro, mas no sentido de se atribuírem reciprocamente identidade. Neste momento ocorre o que a autora descreve como uma explosão de presença, tal como um raio, e tem lugar uma espécie de abolição do tempo, ao mesmo tempo em que ocorre uma afirmação potente do mesmo. É preciso que haja uma fissura na trama do tempo para que se presentifique o acontecimento. Ela acrescenta: “Não se trata mais de reencontrar a memória, mas de ser encontrado por ela, lá onde não esperamos” (p.23).

Sermos encontrados pela memória traz a idéia de uma história que está lá apesar de nós, e a de traços de memória que buscam caminhos para se fazerem presentes. O fenômeno do après coup remete à potencialização de uma vivência atual a partir da capacidade que ela tem para atrair uma lembrança. A vivência atual ganha novas cores ao mesmo tempo em que a memória atraída se presentifica. Podemos pensar que este é o 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.

A reminiscência no envelhecimento, tal como Delia Goldfarb (1998) a concebe, é o discurso da memória, discurso que se repete na tentativa de afirmar uma história, história que singulariza o sujeito e que o assegura de sua própria identidade. “Eu sou aquele de quem vos falo, apesar de não parecer, já que a imagem que tinha de mim mesmo se perdeu em algum espelho do passado”. Além disto, o exercício da reminiscência, esta repetição da própria história, é uma tentativa de elaborar uma perda, mesmo que em perspectiva, trabalho de luto pela vida que está mais próxima do fim.

A experiência clínica nos mostra que os elementos que insistem em retornar no discurso reminiscente (que não cessa), são aqueles que de alguma forma não conseguiram se integrar ao circuito associativo e permaneceram fora do jogo simbólico, são as memórias que não encontraram caminho para o presente, perdas não elaboradas, lutos não trabalhados. Um casamento de 30 anos em que dor e sofrimento foram protagonistas durante a maior parte do tempo, um filho que saiu de casa sem se despedir, uma mãe que se ausentou muito antes de morrer, um desentendimento mudo com o pai, entre outros. Como se para poder morrer, no sentido de se saber mais próximo do fim, fosse necessário se ressubjetivar, integrando as lacunas, construindo sentidos, retificando o passado e reconstruindo um presente para o futuro. A capacidade de fantasiar, como tentativa de construir sentidos imaginários, mesmo que provisórios para as vivências é parte essencial deste processo.

Mas este processo de apoderamento da memória só acontece se alguém se dispõe a escutar o passado que se reencontra com o presente como, por exemplo, na cena analítica. 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 historização 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.

Quando não existe campo de escuta, quando não existe espaço para compartilhar estes traços de memória que buscam lugar no presente, um passado engessado, quase delirante acaba por invadir o sujeito. A repetição que não produz elaboração faz o sujeito submergir neste mar recordações sem lastro na realidade compartilhada do momento atual. O fantasiar sozinho, sempre remetido ao si mesmo, aliena o sujeito, o afasta, o exclui. Chega-se ao ponto em que a própria atividade da fantasia sucumbe, a palavra ganha estatuto de coisa, perde seu caráter simbólico, repete-se apenas por repetir, não se quer

dizer nada. É então que a memória perde a capacidade de achar caminhos que a presentifiquem, o fio do passado e do presente é rompido, o subjetivar-se constante se interrompe. Estamos frente ao vazio.

O vazio remete ao não movimento, à inexistência de objeto, ao trabalho que cessa, à paralisia do tempo. É a morte que se apresenta antes do tempo, em sua forma psíquica. Este vazio absoluto é dificilmente encontrado na clínica, já que mesmo nos estados demenciais mais avançados é difícil não apostar em alguma vida psíquica, pois uma palavra plena, um gesto endereçado, um olhar vivo ainda podem nos surpreender e nos certificar de que o sujeito está ali. De qualquer forma, podemos falar em um esvaziamento do sujeito, sujeito que desiste de realizar os trabalhos de luto, que desiste de tentar recolocar em circulação os elementos fora do jogo associativo, que desiste de sua história. Enfim, um sujeito que parece não desejar mais estar presente, nem de corpo nem de alma, ao menos frente às possibilidades que a vida lhe apresenta.

Para Lacan (Peres, 2003) o desejo se funda na falta. Neste sentido ele atribui ao luto um lugar essencial na constituição do sujeito. A relação com o objeto nunca satisfaz plenamente, a ilusão de satisfação plena, aquela de uma suposta primeira experiência de prazer do bebê com o seio, a primeira mamada, é mítica. Supõe-se um objeto que proporcionou prazer pleno e é atrás deste suposto objeto que o sujeito vai estar durante toda a sua vida, deslizando de objeto em objeto, em busca daquele que o satisfará. Este é o movimento do desejo, e é justamente esta diferença, esta defasagem, este descompasso entre o que é almejado e o que é encontrado que vai produzir o movimento do sujeito, sua busca, marcando o tempo no desejo. É preciso esperar, a promessa do encontro com este objeto cria a perspectiva do futuro, a referência perceptiva do passado mítico busca identificações no presente, articulando passado, presente e futuro. É possível perder o objeto investido e, apesar da dor, realizar o trabalho do luto, supondo a existência de outros objetos passíveis de investimento e satisfação pulsional. As idas e vindas do objeto, investimento e desinvestimento, ganhos e perdas colocados em uma dimensão temporal, vão permitir a simbolização. É preciso que o objeto se ausente para ser simbolizado, desde que ele tenha permanecido o tempo necessário para ser reconhecido e investido.

Lembro-me de uma cena da clínica em que um paciente deprimido me disse que sua vida se assemelhava ao braço de um violão sem as marcações de casas, sem a diferença da

distância que localizam os acordes. Tocasse onde tocasse, o mesmo som era emitido, em uma repetição terrível, pois infinita.

Que campo do desejo se abre para um sujeito que sempre que apóia seus dedos no braço do violão, onde quer que seja, o mesmo som é emitido. Retomando as cenas de instituições de longa permanência, muitas das quais se autodenominam “Casas de repouso”, que diferenças, que descompassos podem surgir em ambientes em que não são priorizadas as singularidades dos que ali se encontram, em que as atividades oferecidas, são compulsórias, determinadas de maneira a facilitar a rotina dos cuidadores que lá trabalham, e não a priorizar as necessidades, e indo além, os desejos de cada residente. Será que ele quer assistir televisão, ou participar da jardinagem? Será que ela quer se deitar, ou se arrumar? Será que ele quer sair, ou ficar? Será que eles querem repousar, ou ainda viver? O descanso compulsório antes da morte, a antecipa. Quando só o que resta é esperar por ela, é como já se estivesse morto. A inexistência de conselhos gestores, assembleias, em que os idosos possam opinar sobre o funcionamento institucional, reivindicarem seus desejos, criarem campo para seu futuro, já que sua vida tem lugar a partir de então neste ambiente, revela em que ponto estamos com relação ao lugar ocupado pela velhice na cultura. E neste sentido este cenário não se restringe somente às instituições.

Na nossa cultura atual, podemos considerar que grande parte das saídas encontradas para alojar a velhice a clivam, a idealizando ou a mortificando, em ambos os casos, anestesiando a singularidade. O velho é o resto indesejável, imagem de um corpo que se deteriora e se aproxima da morte, futuro do qual não queremos ter notícia. A velhice só é tolerável quando higienizada, em uma assepsia que a torna jovem, ativa, agradável de ver, ou a esconde em instituições onde o sujeito desaparece e vão com ele os perigos de uma identificação com estes aspectos abomináveis da velhice. Este processo de dessubjetivação coloca o velho em um lugar de passividade, submetido ao outro, tal como uma criança, o que antecipa um estado demencial.

Nessa condição, que objetos o mundo oferece ao idoso para serem investidos? Que trabalho do tempo é possível realizar? Para que atravessar processos de luto, se não restam objetos para novos investimentos? Ou ainda, como dar sentido ao luto, se na velhice, muitas vezes, as perdas não são consideradas, pois elas ficam no lugar de um destino, e não de uma possibilidade? Na medida em que as perdas não são reconhecidas em sua dimensão

de intensa dor, já que é como se parte do eu também tivesse sido perdido, não há espaço para um trabalho do luto. O sujeito fica então lançado à solidão do não reconhecimento de sua dor, mesmo sentindo-se dilacerado. Entra então em um tempo que pára, em que o trabalho de historização do eu, de subjetivação, se paralisa. Por impossibilidade de reconhecimento simbólico, as perdas ficam de fora do jogo simbólico. Algo que é sentido pelo sujeito, permanece sem sentido para o mundo, e ele entra em um estado de suspensão.

A depressão, epidemia dos nossos tempos, faz parte de uma nova configuração subjetiva que se apóia na impossibilidade de construir um sentido para a vida, na sensação de ser incapaz de enfrentar a luta pela existência, tal como aponta a psicanalista, Urania Tourinho Peres (2003). O sentido, aquele que é construído e desconstruído em um movimento constante durante toda a vida e que nos permite vislumbrar, mesmo que de maneira transitória, um objetivo no futuro, nos impulsiona. Na velhice o horizonte de futuro se estreita inevitavelmente e as perdas são numerosas. Acreditar-se capaz de lutar pela existência, por continuar a construir sentido para a vida pode ser tarefa árdua.

Os aspectos culturais e a constituição de cada sujeito concorrem para determinar a maneira como cada um vai atravessar, na velhice, este momento de confrontação das perdas, entre as quais, em perspectiva, a da própria vida. Por um lado, pode-se entrar em um estado de depressividade, onde o trabalho dos lutos vai sendo realizado e, apesar da dor, o sujeito permanece presente, realizando seu constante subjetivar-se. A articulação entre o passado, o presente e o futuro se mantêm sustentada, o tempo não pára e o vazio, não se instala. O movimento de historização de si tem continuidade. Por outro lado, pode-se deprimir de maneira a adentrar o vazio simbólico, em que o tempo pára, o fio que articula passado, presente e futuro se rompe e o sujeito parece ficar suspenso de si mesmo. Não se confronta a perda, ela é recusada, colocada de fora. Sabe-se que perdeu e não se sabe ao mesmo tempo. O psiquismo fica rompido, dois lados que não se comunicam e o eu, em meio a tamanho dilaceramento, se ausenta; passa a olhar o vazio e se refugia no não tempo. A memória, assim, não pode mais buscar caminho para o presente; ela não encontra mais o sujeito que, deste modo, fica condenado, como os zumbis, a viver uma eternidade de cores pálidas, entregue a uma quase morte monotônica e infinita.

Referências

- BARBIERI, Natália Alves (2008) A. O dom e a técnica: o cuidado a velhos asilados. 205p. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de São Paulo.
- BERLINCK, Manuel Tosta (2000). Envelhecimento. In Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta.
- BIRMAN, Joel (1995) “Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade em psicanálise” In: VERAS, R. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- CANGUILHEM, Georges (2007) O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- CHEMAMA, Roland (2007) Depresión - La gran neurosis contemporánea. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- DELOUYA, Daniel (2002) Depressão, estação psique, refúgio, espera, encontro. São Paulo: Ed. Escuta.
- FEDIDA, Pierre (1999) Depressão. São Paulo: Ed. Escuta.
- FEDIDA, Pierre (2002) Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Ed. Escuta.
- FREUD, Sigmund. (1915) Luto e melancolia. In: Obras Completas (1980), Rio de Janeiro: Imago.
- _____, Sigmund (1925) “Uma nota sobre o bloco mágico” In: Obras Completas (1980), Rio de Janeiro: Imago.
- _____, Sigmund (1927) Duelo y Melancolía. In Obras Completas Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- _____, Sigmund (1928) El futuro de una ilusión (1928). In Obras Completas Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- _____, Sigmund (1929-30) El Malestar en la civilización. In Obras Completas Ed. Biblioteca Nueva, Madrid (1973).
- GOLDFARB, Delia Catullo (2004). Demências. São Paulo: Casa do psicólogo.
- _____, Delia Catullo (1998) Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- HORNSTEIN, Luis (2002) Narcisismo- Autoestima, identidade, alteridade. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- _____, Luis (2006) Depresiones: del Reduccionismo a la Complejidad. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- KHEL, Maria Rita (2009) O tempo e o cão - A atualidade das depressões. São Paulo: Ed. Boitempo.
- LE POULICHET, Sylvie (2006) L’ouvre du temps en psychanalyse. París: Petit Bibliothèque Payot.

PERES, Urânia Tourinho (2003) Depressão e Melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

PERUCHÓN, Marion; THOMÉ-RENAULT, Annette (1992) Vejez y pulsión de muerte. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

VOLICH, Rubens Marcelo (2005) Hipocondria - Impasses da alma, desafios do corpo. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.

Data de recebimento: 05/11/2009. Data de aceite: 15/12/2009.

Delia Catullo Goldfarb - Psicóloga e psicanalista com mestrado pela PUC-SP e doutorado em psicologia pela USP-SP. Tem especialização em Gerontologia pela SBGG e FLACSO. Além de atuar em clínica particular é consultora do PNUD, assessora em políticas públicas e criadora do curso “Psicogerontologia: fundamentos e perspectivas” na COGEAE/PUC-SP. É membro fundador da Rede Ibero-americana de Psicogerontologia, da Associação Nacional de Gerontologia e da Ger-Ações: Centro de Pesquisas e Ações em Gerontologia. Tem publicado os livros "Corpo, tempo e envelhecimento" e "Demências" pela editora Casa do Psicólogo, além de diversos artigos no Brasil e no exterior. E-mail: delia@geracoes.org.br

Maria Elvira M. Gotter - Psicanalista; Especializações em Gerontologia e Sexualidade Humana – FM-USP. Docente convidada do curso “Psicogerontologia: fundamentos e perspectivas” COGEAE-PUC-SP. Membro da Rede Ibero-americana de Psicogerontologia. Coordena grupos de Cinema-Reflexão. Membro da diretoria da Ger-Ações: Centro de Pesquisas e Ações em Gerontologia. E-mail: elviragotter@gmail.com

Maíra Humberto Peixeiro - Psicóloga, psicanalista (Instituto Sedes Sapientiae), acompanhante terapêutica, Master Recherche en Psychanalyse (Université Paris 7 – França), docente da Faculdade de Psicologia São Marcos, coordenadora de grupo de estudos na área da clínica do envelhecimento e acompanhamento terapêutico, membro da Ger-ações: Centro de Pesquisas e Ações em Gerontologia. E-mail: mpeixeiro@hotmail.com

Natália Alves Barbieri - Psicóloga, psicanalista e mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Atua como psicóloga clínica, acompanhante terapêutica, além de coordenar grupo de estudos e supervisão sobre acompanhamento terapêutico no envelhecimento. É pesquisadora da Rede Ibero-americana de Psicogerontologia e do grupo do CNPq “Corpo, dor e doença”. Membro da diretoria da Ger-Ações: Centro de Pesquisas e Ações em Gerontologia. E-mail: nabarbieri@geracoes.org.br