

Idosos e a psicanálise

Nádia Telles Sposito Gonçalves

CEAFRS - CBP-RJ

"... Por que não me eliminas do sistema dos humanos prostrados, miseráveis, porque preferes doer-me como chaga e fazer dessa chaga meu prazer..."

Carlos Drumond de Andrade

CEAFRS - CBP-RJ O poema "Por que" traduz nesse ensaio o sofrimento sem fim do medo da morte, do desamparo que encarcera o paciente idoso. Para dar uma dimensão do que seja esse sentimento e esse vazio, começo dando ao leitor algumas diretrizes de por onde meu trabalho com essas pessoas aconteceu e de que forma.

Objetivo meu pensamento para depois junto com aquele que me lê, poder refletir sobre como pode a psicanálise ajudar o idoso no seu percurso de tentar se ver como um ser humano e não ser eliminado do sistema dos humanos, por ser visto como prostrado, miserável e denunciador da chaga social que ele encarna por ser talvez o retrato da derrocada de um prazer absoluto da falsa eterna juventude hoje extremamente cultuada por nossa sociedade.

Assim, o objetivo geral desse artigo que agora inicio é relatar algumas experiências psicanalíticas com pacientes geriátricos, tendo como objetivo específico tentar estabelecer como a Psicanálise pode apoiá-los nesta nova e final etapa da vida.

Iniciemos nosso percurso com esses dois pontos já estabelecidos.

O idoso possui uma trajetória de vida, e apresenta geralmente uma dificuldade de viver o presente. Fica preso em reviver um passado, muitas vezes sentido e revivido como acusatório ou em imaginar um futuro, saturado (sem perspectiva).

Acrescenta-se também:

- A) Limitações do corpo.
- B) A(s) doença(s) e sua (s) comorbidades.
- C) No convívio familiar, o papel do idoso na maioria das vezes é secundário, quando não é inexistente.
- D) Somando-se diversos declínios: nas diversas atividades, na libido, na convivência social e no profissional.
- E) A dependência financeira.

O paciente idoso afasta-se rapidamente de seu centro, dificultando a convivência consigo mesmo e abraçando a desesperança como companheira diária.

Vive "cara a cara" com sua insatisfação, desamparo e desconhecimento, aumentando ainda mais o nível da sua ansiedade. Têm a nítida compreensão que "tudo se volta contra si". É constantemente tomado pela desesperança, propiciando um campo até para o colapso psicótico.

Um paciente de 74 anos faz o seguinte resumo:

- "Estou em uma guerra sem aliado, sem arma, sem quartel e sem plano. Estou num

campo de batalha onde só existem os inimigos. Resta para mim a morte, ela está em mim, mais eu não a quero, não admito e continuo fugindo”.

Conseguiu ver a morte nele, mas alimentou a ilusão de fugir dela, no entanto chega um tempo em que se esgota e a esperança perde força, para empreender qualquer luta.

Descriverei alguns pontos da história deste paciente:

- . terceiro filho de pais jovens;
- . ao nascer seu irmão estava com 11 meses de idade e sua irmã com dois anos. Seu parto foi difícil e segundo seu relato nasceu com dificuldade de respirar. Após seu nascimento, sua mãe engravidou de mais dois filhos. Sempre teve o sentimento de “sentir-se” só e nunca achou que fosse dono de algo.
- . completou a faculdade de direito, exercendo a profissão de advogado por mais de quarenta anos. Teve cargos públicos importantes ligados a política na área jurídica.
- . casou-se logo após sua formatura, falava da sua esposa como “santa, ótima esposa e mãe-paciente”. Ficou viúvo entrando na faixa dos quarenta anos. Tiveram dois filhos que após a morte da esposa, foram criados sob seu sustento financeiro em outro país, em ótimas escolas até a faculdade. Seus filhos não residem no Brasil, não o visitam, nem seus netos. Conforme falava o paciente: “Minha vida, meus prazeres foram às articulações jurídico-políticas e as mulheres”. Iniciou o trabalho analítico com 74 anos, até a sua morte.

Na sua primeira entrevista deixou claro que estava ali, porque seu clínico geral havia indicado. Negava seu câncer nos pulmões. Alimentava vorazmente seu falso self. Demonstrava vitalidade e fazia “festinhas” na sua residência para amigos e “mocinhas”. Tinha uma namorada de vinte e poucos anos de idade. Ingeria bebidas destiladas em grande quantidade diariamente. Nos primeiros meses era atendido apenas duas vezes por semana. Chegava atrasado e demonstrava contrariedade por estar ali, porém comparecia.

No quarto mês, o paciente falou pela primeira vez que estava entrando em contato com sua “realidade”. Chorou e descreveu seu sentimento interno sobre a guerra (descrito anteriormente). A partir disto, pediu mais sessões e começou a demonstrar interesse pela análise e pela sua pessoa.

Diminuiu “as festas”, a ingestão de bebida e começou a se interessar por escrever um livro. Este objetivo incentivou a visitação de antigos amigos. Abriu em sua agenda espaço para intercâmbios culturais.

No final do ano resolveu passar o Natal com seus filhos e netos, emocionado contou “perdi muito tempo em minha vida”.

Essas mudanças traziam um feedback para mim de muito cuidado e atenção com o paciente, porque ele tinha uma tendência compulsiva em não conseguir dosar.

Poderia pensar numa melhora? Gerava entusiasmo que tive de dosar, porque por experiências passadas, depois de uma grande melhora, vem um trabalho mais árduo, onde geralmente, passa existir uma transferência que muda de positiva para negativa e oscila fortemente. É o início do que costumo chamar de “grandes ondas pulsionais”.

Vejamos:

Antes quando fazia as “festas” (eram quase diárias) bebia uma garrafa quase inteira. Seus “movimentos” sexuais ocupavam grande parte do dia. Negava suas limitações e sua doença. Logo não tomava os remédios, nem tampouco fazia o tratamento específico para o câncer. Não cuidava da alimentação e verbalizava sentir-se “um garotão”. Quando iniciava qualquer atividade, dedicava-se “exaustivamente”, repetindo sua falta de limite.

Após, retornar da viagem onde foi visitar os filhos e netos, começou a sentir-se debilitado. Iniciou em sua vida um movimento novo: seqüência de internações hospitalares. O trabalho analítico passou a ser diário, onde ele iniciou o resgate duma mãe amorosa, com “um tempo só para ele”. Começou a falar da sua morte, do valor de estar só.

“Porque minha vida – acrescentou – eram sucessivas fugas de estar comigo”.

Ele transmitia em palavras sua admiração de estar gostando da própria companhia.

Repetia, antes da sua viagem: “ela não tinha tempo para ficar comigo, acho que nem me notava”. Falava de uma mãe ausente, (morta), sentimento que tinha muita dificuldade para lidar. Nunca fazia referências aos irmãos, ao pai. Quando eu perguntava, ele voltava a reclamar da ausência materna. Ninguém mais havia em sua fala, só a mãe e ele. “...o medo de conhecer a verdade pode ser tão poderoso que as doses de verdade podem ser letais”.(Bion,1992)

Nos seus últimos dias, suas sessões de análise foram caracterizadas pelo silêncio. Segundo os médicos apesar da falta das condições do paciente, surpreendia a serenidade em lidar com seus limites.

“É possível acompanhar a diminuição da defesa maníaca no comportamento e nas fantasias de um paciente durante sua análise. À medida que as ansiedades depressivas diminuem como resultado da análise, a defesa maníaca se torna menos intensa,

menos necessária...”

(Winnicott,D. – 1935 – pg 249)

Winnicott nos chama atenção que o objeto transicional não é um objeto interno (de M.Klein), nem um objeto externo, é à base da experiência. Para existir o objeto transicional, o objeto interno deve estar vivo e real “suficientemente bom” e não persecutório.

O fracasso da percepção da realidade leva à morte ou à qualidade persecutória, porque o bebê necessita do outro para existir, para construir-se. (Bion,1992; Winnicott 1988).

Na história deste paciente a privação ficou como ameaça constante nos dias de sua vida, que se desenvolveram em movimentos de faz-de-conta em: não sinto, não penso, ativando a mania compulsiva.

Durante a análise começou o resgate de uma mãe presente, não persecutória e viva o que contribui para iniciar uma remontagem do estilhaçamento interno do paciente.

Retornando as limitações do corpo dos pacientes geriátricos, destaco:

MUDANÇAS NO CORPO

Interessante acompanhar a trajetória das mudanças. No idoso as mudanças no corpo vão gerando desinteresse pelos cuidados com o físico e o medo da perda de um corpo mais jovem.

A mudança hormonal marca várias passagens na vida humana e no idoso faz sua nítida aparição no corpo. Geralmente os médicos que estão tratando o paciente geriátrico tentam estimular a realização de alguma atividade física dirigida, para impedir a progressão da

atrofia muscular pelo pouco uso. Infelizmente nem todos os pacientes podem ter acesso aos exercícios físicos, por motivos que ficam entre a falta de aptidão física até o recurso financeiro para tal atividade.

Há no idoso uma tendência à depressão induzida pelo envelhecimento do seu cérebro e pela perda de substâncias químicas causando o desinteresse, apatia e descuido pelo seu corpo.

O idoso sabe que suas formas viris vão cedendo lugar as decrepantes. A energia diminui e influencia diretamente o estado de ânimo (humor). Com isto agrava-se o estado depressivo e somam-se as comorbidades.

O espelho fornecerá o veredicto: “não sou mais o mesmo, estou velho”. Automaticamente recorda-se o “limite e o fim” e surgem perguntas: “o que fiz com minha vida?” “O que farei?” “Quanto tempo resta?”.

Algumas pessoas idosas passam a conviver com uma melhor qualidade de vida, outras sentem-se derrotadas e entregam seus dias ao abandono, afastando a qualidade, impedindo o desfrutar de cada dia.

Como fazer o luto pela perda do corpo adulto?

Não existe uma regra, porém quando o idoso resolve estar acompanhado, para repensar e falar sobre sua vida, suas questões, observa-se que esta passagem do final da vida adulta para a senescência (3ª idade) torna-se mais saudável. A morte celular programada geneticamente fará sua presença, seja:

- . Na dificuldade para executar tarefas básicas: locomoção, higiene pessoal, (atividades diversas).
 - . No psíquico (adaptação e aceitação do novo corpo, do novo momento de vida).
- Os movimentos conscientes de perda e ganhos se fazem mais presentes.

Geralmente, há mais tempo para poder entrar em contato com a solidão, com as recordações e conseqüentemente com os arrependimentos e o medo de não ter tempo de fazer reparações.

Quando se tem a oportunidade de viver uma análise ou várias, observo que esta passagem fica mais amena.

Viver a velhice como mais uma fase da vida.

Viver a velhice sem recurso interno e ajuda externa, alimentando a intolerância as mudanças no corpo, com a negação, trará o resultado de um descuido caótico e insuportável.

CONVÍVIO

Desenvolvi um trabalho de observação e escuta (com base psicanalítica), como voluntária, em um hospital geriátrico, acompanhada pela Supervisão da Dra. Rosa Beatriz Pontes de Miranda Ferreira.

Esses pacientes eram encaminhados pelos médicos que faziam a “indicação” para o processo que me propunha. No primeiro dia, minha primeira paciente no ambulatório (chamarei assim porque não pertencia naquele momento ao grupo internado das enfermarias) foi trazida pela assistente social. Resumirei sua história:

- L. tinha 72 anos, aposentada pelo Estado, solteira, nascida no interior do Maranhão, veio

para o Rio com 14 anos. Morou com uma prima também funcionária do Estado.

Trabalhou no início da sua chegada ao Rio de Janeiro como empregada doméstica da prima. Estudou o curso primário à noite, fez datilografia, tinha boa caligrafia e começou a trabalhar no Estado com 19 anos, no setor de arquivo de um hospital. Logo, começou a morar sozinha. Orgulhava-se de ter sua casa própria: sala, quarto, cozinha, banheiro “tudo muito pequeno” – explica, “numa vila”. Suas primeiras queixas:

- Não conseguia abrir a mão esquerda;
- Os vizinhos implicavam com ela. Os meninos que conheceu pequenos, na vila, do bairro, haviam crescido, “riam dela e dançavam sempre na sua frente para que caísse, porque ficava desviando deles”.
- Freqüentava a igreja Y, não se sentia feliz, porque todos a olham.
- Tem dores no corpo todo. Não gosta de comer, nem beber água. Falava com a fisionomia “fechada”, zangada.
- Nunca fui mulher de farra e nunca namorei - dizia com orgulho e convicção.

Detalhava várias queixas contra várias pessoas.

Desenhava para mim uma estrutura que não permitia que respirasse nem sentisse nenhuma alegria na vida. Parecia que na vida de L. tudo era rígido.

Outro paciente – Sr. J., na época com 73 anos. Sua história resumida:

Perdeu seu filho, sua nora e dois netos, num desastre, “faziam 10 anos” – dizia Sr. J: com algum orgulho.

- . Disto sobrou uma neta que está no último período da faculdade, foi criada por nós.
- . Estou casado a 53 anos, tenho quatro filhos vivos todos formados em faculdades, e um neto de 13 anos.”
- . Eu não sou maluco – afirmou. Narrou sua vitalidade diária de trabalho e ressaltou que sua locomoção era a bicicleta. Neste 1º encontro levantou da cadeira, abaixou até o chão e falou: “viu como estou bem?”

Falou compulsivamente da sua luta para criar e formar os filhos nas faculdades.

Contou que todos na família são solidários uns com os outros. Ressaltou que construiu uma pequena empresa e todos os filhos ficaram sócios. Neste momento, passou muita tristeza, muita solidão, porém continuava negando qualquer sofrimento ou problema.

Esforçou-se para passar uma image de bom pai, dedicado esposo e o funcionário responsável. Acrescentou que nas horas vagas trabalhava num caminhão e deste retirava seu sustento, porque o Estado pagava pouco.

Relembrou sua infância nos nossos encontros, falou da rapadura que carregava no bolso. Contou que começou a trabalhar com quatro anos na lavoura e por fim falou: - Não é justo pegar esta oportunidade, pois tem outros velhos que precisam mais do que eu. A senhora fica me ouvindo com tanta atenção, é bom; mas tem gente precisando da senhora e eu fico aqui tomando seu tempo, me emocionando com as minhas histórias... não é justo”.

Na enfermaria:

Sr. P. – com 71 anos, havia sido operado de glaucoma. Sua queixa principal: estava irritado porque não podia fumar. Fumava de um a dois maços de cigarros por dia. Tinha tosse crônica, início de um efisema.

Recordou que começou a fumar com 12 anos, quando saiu de casa para trabalhar.

Sempre ouviu seu pai dizer: “Quando estiver sozinho ou triste, peque um cigarro e fume”.

Desde então sempre fazia isto.

Contou que era casado, tinha dois filhos e 4 netos. Um filho morava em Minas Gerais, falou muito deste filho.

Na 2ª semana, estava feliz, contou que não estava com vontade de fumar. Que iria receber alta e na próxima semana não estaria mais no hospital. Havia decidido passar um tempo na casa de seu filho em Minas.

Interessante experimentar e hoje reviver o valor de uma “escuta” sem continuidade, nem interpretações.

Era triste não poder dispor de mais tempo, entrar nas enfermarias e sentar apenas ao lado de um paciente que havia sido escolhido entre outros.

Sr. C. – idade 65 anos. Breve histórico:

Paciente terminal - Câncer generalizado.

Aspecto: osso e pele. Sem cabelos, coberto com um avental descolorado pequeno.

Membros superiores e inferiores, totalmente atrofiados. Não falava, não mexia o corpo, apenas os olhos e ouvia.

Ao entrar naquela enfermaria, era o único leito ocupado.

Aproximei-me, falei meu nome, expliquei de maneira simples que estaria com ele todas as terças e sextas-feiras. Olhei seus olhos, estavam vermelhos e com lágrimas, piscou um dos olhos.

Olhando seus olhos, falei: - Vamos nos comunicar?

Respondeu piscando o olho direito.

Sabia que nunca escutaria sua voz e a proposta era estar com ele nas terças e sextas—feiras.

Após alguns encontros, uma auxiliar de enfermagem passou pelo leito e observou que eu fiz uma pergunta ao paciente. Ela parou e perguntou se poderia ficar ali, olhei para o Sr. C. que piscou o olho direito. Após algum tempo, a auxiliar falou:

-Seu C., conforme pisca, responde. Gostaria de tentar, o senhor deixa?

Ele respondeu. Ela olhou para ele, olhei para ela e sorrimos.

A auxiliar continuou “O senhor quer um pouco de água na boca?” Ele responde que sim.

Ela providenciou e falou “agora acho que podemos nos entender”. Ela perguntou se poderia anotar na papeleta como se comunicou com o Sr. C.

Pedi que dirigisse a pergunta ao Sr. C. Ele piscou várias vezes o olho direito.

Aprendi com esta experiência o valor de uma comunicação, acompanhei alguns meses este paciente e constatei como este acompanhamento foi algo que fez uma diferença para aquele paciente, para aquela singular situação, para minha formação.

Voltemos:

L., a paciente de 72 anos após alguns de nossos encontros já abria a sua mão e movimentava os braços.

Nos encontros seguintes contou que havia entrado para o coral de sua igreja. Queixava-se menos das dores. Estava conseguindo conversar e havia recolhido na rua um filhote de gato, estava cuidando dele.

L. após alguns meses foi internada no hospital e ficou constatado por Tomografia Computadorizada AVC (Acidente Vascular Cerebral). Durante sua internação de quase um mês, continuei meu trabalho. Quando recebeu alta, voltou a outros encontros comigo.

Na medida que L. entrou nos grupos da sua igreja e continuou no coral, sua fisionomia foi renovando, sua fala denotava esperança, fazia planos.

Resolveu alugar sua casinha e foi morar num asilo da sua igreja em outra cidade. Optou por este novo caminho, levantou a hipótese de um dia viajar para conhecer seus sobrinhos no sertão.

Sr. J. que se mostrava muito amparado pela família e narrava a luta que teve para educar os filhos. No final do 2º mês conseguiu falar de suas “culpas”, de seus “pecados” como denominou. Espantou-se de não ser julgado, recriminado, nem condenado, então continuou narrando e chegou a contar que a esposa saiu de casa, quando descobriu uma

“travessura” dele e contou que gostava de dançar com as garotinhas novas do bairro, e explicava: “aquelas que ainda estão com o peitinho em botão”. Chorando falou que gostava de brincar com os dedos nas meninas e só assim chegava ao “prazer” (termo que usava). Narrou detalhadamente seus “pecados”, suas “travessuras”, sentindo-se aliviado, pois não agüentava mais guardar este segredo, achou que estava livre do peso. Voltou em outros encontros, martirizado pela culpa. Contava que havia procurado a esposa e do seu desejo de reconquistá-la. Achava que iria conseguir e sabia que nesta reconquista ganharia de volta os filhos e netos. Sentia uma necessidade transferencial infantil, de relatar detalhes diários destas conquistas. Dizia literalmente: “nunca imaginei que choraria na frente de alguém”. Sr. J não só chorava, como também muitas vezes ria, refletindo sobre seus atos, palavras, objetivando a reconquista familiar.

Sr. J. aprendeu no hospital a fazer trabalhos em madeira com pinturas decorativas, não estava ingerindo tantos remédios, sua pressão e sua diabetes estavam controladas. Neste trabalho de escuta e observação desenvolvido no hospital, assim como nos demais, entre diversas anotações, resalto o valor do convívio:

- familiar

- profissional e social, para os pacientes.

Deixar o idoso isolado é deixá-lo entregue aos fantasmas internos.

O trabalho com o idoso com base psicanalítica, desenvolve-se na área intermediária da experiência.

Utilizam o *setting* “apontando” a volta da vivência que foi sentida na infância, como fracasso gradativo, que traduzem na maioria das vezes a solidão e a indisponibilidade de seus pais para não estarem com eles. Projetam este movimento no convívio diário.

Sentir-se só é uma grande dificuldade dos pacientes, denunciada na transferência da relação analítica.

Sentir-se só, pode, no primeiro plano, ser apresentado como opção, numa negativa da dificuldade de reconhecimento do quanto existe um despreparo, um desamparo para viver a solidão.

Em um segundo momento, sentir-se só, pode manifestar-se na transferência como castigo (retaliação e perseguição), gerando uma projeção maciça de afastamentos no convívio familiar-social e manifestando-se com a célebre frase:

“Não tem jeito, não consigo, não vou mudar, acho que é melhor para por aqui.” E respondemos:

- E ficar mais só!

O paciente precisa que você lute por ele, você representa “o elo com a vida”, com ele mesmo. Na maioria das vezes, não quer morrer, tem medo da morte; porém, mata-se a cada dia. Apesar de verbalizar que morrer seria um alívio.

Dona E. foi encaminhada com uma depressão leve (diagnóstico médico). Tinha 85 anos era professora, morava com a empregada, que além de fazer os serviços domésticos ajudava na hora do banho e de vestir.

A paciente era lúcida, gostava de ler, mas, vivia muito sentada, em virtude de ter perdido a “força” para levantar e andar. Andava com ajuda de um aparelho.

História Familiar:

Seus pais eram professores do mesmo instrumento musical. Teve um irmão mais velho que também seguiu a carreira dos pais, sendo bem reconhecido, inclusive no exterior.

Dona E. sempre sentiu que seus pais admiravam muito mais seu irmão do que ela.

Tornou-se professora aos 18 anos e casou-se com um engenheiro público logo depois.

Seu esposo era mais velho e proibiu que ela lecionasse. Morava num casarão e seu instrumento musical ocupava lugar de destaque na sala principal.

Quando seu esposo saía para trabalhar E tocava algumas músicas. Vivia implorando as empregadas que não contassem sobre o seu momento musical para seu marido. Este era

amável, exigente e obrigava E. ser exímia nos trabalhos manuais. Aos quatro anos de casado seu esposo teve um derrame ficando impossibilitado de locomoção. Aposentou-se e em alguns meses o dinheiro não era suficiente para o sustento. E. contra a vontade do esposo, começou a dar aulas em casa. Aos 24 anos estava viúva. Logo após seu pai morreu e sua mãe veio morar com ela. “Foram os anos mais felizes”, mãe e filha inauguram a Grande Escola. Logo após sua mãe ficou doente e E. vende praticamente todo o seu patrimônio. Repentinamente aos 32 anos parou de andar, enfrentando grandes dificuldades econômicas, resolveu vender a Grande Escola. Sua mãe morreu logo após, seu irmão não morava no Brasil e não restou nenhum parente. Continuou dar aulas até que não conseguiu mais. Após alguns meses, de análise, surpreendeu-se e falou: “nunca se sentiu valorizada pelos pais e sempre sentiu muita inveja do seu irmão”. A partir deste momento cresceu sua necessidade de voltar a tocar seu instrumento musical. Reconheceu suas limitações físicas, porém persistiu no seu objetivo e conseguiu alguns avanços. Verbalizou em várias sessões sua frustração de não ter tido filhos e nem de ter tido outro parceiro sexual ou ter se casado. Reduziu com o consentimento do seu médico o remédio para depressão, passou a cuidar de sua saúde e aprendeu a valorizar “ter mais um dia para treinar no seu instrumento”. Criamos um espaço onde havia tempo e lugar para sua história ser acolhida, escutada, revivida, repensada e recontada. Era muito difícil para E. falar sem medo, sentir a força do seu ódio, vencer o negar, conviver com suas frustrações, seus arrependimentos e como dizia: “Depois deste balanço ver o resultado real do que tenho e o que posso fazer.”. Houve momentos em nossos encontros que E. demonstrava através de suas palavras que nada adiantava, porque não melhorava. Eram sessões em que E. podia chorar e gritar suas reclamações. Suas queixas eram acolhidas. Dona E. em uma sessão contou um sonho: “seu instrumento havia sido aberto, dentro estavam crianças que cantavam uma música que ela estava ouvindo pela 1ª vez e haviam muitos presentes que ela tinha a sensação que precisavam ser abertos”. Ela pode trabalhar várias vezes este sonho nas sessões e cada momento era uma grande descoberta, uma forte alegria e criava novos sonhos. Seu estado de humor havia melhorado. Acompanhei esta paciente até sua morte que aconteceu alguns anos depois.

A PACIÊNCIA E O TEMPO

No trabalho com paciente idoso, também a paciência parece ser uma aliada eficaz para a dupla. Imagine fora da Psicanálise, falar em paciência com alguém que talvez tenha dias, meses ou algum ano para rever questões vitais.

Porém, este pensamento do tempo que resta não assombra, nem assombrou o trabalho, será revivido na sessão o que puder ser, o que conseguirmos fazer uso, é a aceitação do limite de cada um, de cada momento é a representação da compaixão humana e da relação psicanalítica flexibilizando a dupla numa reciprocidade de confiança.

Afinal quanto tempo tenho para aquele paciente? Naquele momento, todo o tempo é daquele paciente e isto é único. Sentir e viver que todo tempo está a disposição, é a multiplicação da ilusão, dos “minutos” para toda uma existência. Tempo paciente para o idoso que estará aprendendo a lidar com este novo ser, que não tem a mesma vitalidade, mas está vivo e pode viver com um pouco mais de qualidade e respeito.

As pequenas diferenças fazendo uma grande diferença.

Re-aprender, readaptar, tornam-se aliadas na busca por uma melhor qualidade, por um auto reconhecimento. Cada paciente é um novo e único trabalho. A relação torna-se aos poucos uma “bússola” porque a dupla aceita e investe, o idoso pode sentir sua importância

porque existe. Um paciente falou “existio porque persisto”, sabemos que só persiste aquele que reconhece a importância de existir. Cada dia é mais um dia e há uma valorização desta oportunidade.

Tenho apreendido que assim como a criança, o paciente idoso precisa de atenção, respeito, confiança para encorajar-se a empreender o trabalho analítico.

Uma parte que ainda não pode ser ouvida, sentida, reconhecida pelo paciente é à parte que o analista poderá representar.

Aos poucos, através de um cuidado, esta parte vai sendo escutada pelo paciente e logo após também sentida, logo recebida, porque pertence ao paciente e ele reconhece. Percebo que passa por um tempo próprio, difícil de ser mensurado e explicado, porque teriam que haver palavras bem cuidadas para exemplificar esta situação especial.

“Como hemos dicho esto supone un reconocimiento progresivo de la diferencia que existe entre el hecho y la fantasia y de la capacidad de la madre para sobrevivir al impulso instintivo y estar allí recibiendo y comprendiendo el verdadero gesto reparador”

Posso falar que estaria na relação como um objeto “facilitador”?

Facilitador para sobreviver e ser usado pelo paciente.

Analista como objeto intermediário entre o existir objetivo e subjetivo no fenômeno transicional.

Pacientes idosos, devido suas idades cronológicas avançadas, apresentam idéias distintas com o material “tempo” antes de iniciar a análise e durante a mesma.

Antes de iniciar a análise conta o “tempo” como horas infindáveis e ambigualmente tem um medo “aterrorizante” de falar sobre esta vivência diária. Um paciente falou em tom baixo:

“Para que “ela” não lembre de mim”!

Referia-se, de maneira teatral, à morte e a sua dificuldade em lidar com ela.

Em quase todos os casos por mim atendidos, durante a análise existe um “despertar” para os minutos da vida e um desenvolvimento para viver sem querer e muitas vezes achar que pode adivinhar um futuro e para isto, o paciente entra em contato com o “seu limite humano”, alguns conseguem olhar de frente o quanto se julgavam onipotentes, controladores e mágicos. Quem sabe do segundo seguinte, sobre o futuro?

Lidar com o limite, aprender a tolerar é uma chave que abre a porta do real e convida a viver e criar. Os momentos não são sempre fáceis, floridos, mas ensinam a lidar com os espinhos e entender, sentir porque eles existem.

É um constante aprendizado sobre a natureza humana que já cumpriu o “tempo primaveril” de sua vida. É um trabalho de sessão após sessão oscilando entre o estado de luto, onde o mundo torna-se “pobre e vazio” ou pelo estado de melancolia, onde o paciente não vê “nada”.

Os paciente explicam que se afastaram da esperança, do querer, porque não são mais jovens e já não possuem a mesma intensidade de força para lutar, para viver. Criticam-se, condenam-se e envergonham-se. Com o tempo de trabalho, essas forças começam a

deslocar-se para percorrer sobre outros objetos, oferecendo, muitas vezes, um momento de alívio ou até mesmo de compreensão.

Pensando nos pacientes com outras idades cronológicas, ressalto que no idoso há uma reincidência muito maior entre os estados de melancolia e luto.

Com os pacientes idosos acostumamos a não trabalhar com grandes períodos de melhoras, esses períodos são curtos e quando são revividos na sessão tornam-se “grandes períodos”. O paciente começa a ter noção do tempo como uma dimensão maior e cada tempo passa a ser único e magistralmente vivido. Passa a existir uma atenção maior para aprender com o que já foi vivido através das sessões analíticas.

Ó paciente idoso ensina muito ao trabalho analítico e aprende a ficar mais atento para aprender, há um compartilhamento de cada minuto e este é único.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BION, WILFRED RUPRECHT A. Atenção e Interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e grupos. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. Conversando com Bion (Conferências discutidas em Los Angeles – 1976; Nova Iorque – 1992; São Paulo – 1978, Rio de Janeiro:Imago 1992.

FREUD, SIGMUND A História do Movimento Psicanalítico. Artigos de Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916), Luto e Melancolia (1917), Volume XIV, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Rio de Janeiro, 1969

_____. Moises e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939), Análise Terminável e Interminável (1937), Volume XXII, Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1969

GONÇALVES, NADIA TELLES SPOSITO O Jogador (mimeo) Círculo Brasileiro de Psicanálise – Seção Rio de Janeiro , Brasil, 1999.

_____. Terceira Idade e Psicanálise: Minha Primeira Experiência. (mimeo) Círculo Brasileiro de Psicanálise – Seção Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

GUNTRIP, HARRY Revisão: Minha Experiência de Análise com Fairbairn e Winnicott (Quão Completa), , Psicanalítica – A Revista da SPRJ – Volume II – Número 1 – 2001, p. 224 à 245

OUTEIRAL, J. e GODOY, L. Desamparo e Trauma, Transferência e Contratransferência Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SEGAL, H. A Obra de Hanna Segal – Uma abordagem Kleiniana à Prática Clínica Rio de Janeiro : Imago 1982.

WINNICOTT, D. W. Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise, A Defesa Maníaca. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. O Brincar e A Realidade. – Rio de Janeiro: Imago, 1975

_____. El Ambiente Facilitador: Estúdios para una Teoría Del Desarrollo Emocional, 2 La Culpa en su Ponto de Oríem. Buenos Aires: Paidós, 1993.

1 Publicado em Winnicott-Seminários Brasileiros, OUTEIRAL, J; HISADA, S; GABRIEADES,R; FERREIRA, A (organizadores). Rio de Janeiro, Revinter , 2005.

Círculo Brasileiro de Psicanálise- Seção RJ

Av. Nossa Senhora de Copacabana, 769/504

Rio de Janeiro. RJ. CEP: 22050-002

Tel: 21 - 2236-0655

Fax: 21 - 2236-0279

E-Mail: cbprj@cbp-rj.org.br

