



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicanálise

RAFAELA FERREIRA DE SOUZA GOMES

**TRAUMA, REPETIÇÃO E MEMÓRIA: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM
PACIENTES IDOSOS**

Rio de Janeiro

2016

RAFAELA FERREIRA DE SOUZA GOMES

TRAUMA, REPETIÇÃO E MEMÓRIA: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM
PACIENTES IDOSOS

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2016

Rafaela Ferreira de Souza Gomes

Trauma, repetição e memória: uma experiência clínica com pacientes idosos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 26 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)

Instituto de Psicologia da UERJ

Prof^ª. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa

Instituto de Psicologia da UERJ

Prof^ª. Dra. Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

Dedico este trabalho ao Vicente Ferreira de Souza Macedo, meu filho amado, gerado e nascido no tempo desta escrita.

AGRADECIMENTOS

Ao Vinicius Darriba por sua orientação cuidadosa e pela presença acolhedora nos momentos necessários.

À Ana Costa pela delicadeza de sua escuta, pelas contribuições à escrita deste trabalho, e por aceitar o convite para participar da banca.

À Angélica Bastos por aceitar compor esta banca examinadora e pela leitura precisa.

À Glória Castilho pela supervisão dos casos clínicos investigados nesta pesquisa e pela sutileza de sua transmissão.

Àqueles que das mais variadas maneiras me ajudaram na difícil tarefa da escrita, em especial: Bruno Gomes e Aline de Oliveira.

RESUMO

Gomes, R. F. S. *Trauma, repetição e memória: uma experiência clínica com pacientes idosos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A proposta desta dissertação é investigar a função da repetição na clínica psicanalítica e sua articulação ao trauma. Este assunto será tomado com referência à especificidade de um trabalho clínico, em ambulatório público, com “idosos” que apresentam *perturbações da memória*, cuja manifestação poderá estar relacionada, segundo o saber médico, à abertura de um quadro demencial. Escolhemos o termo *perturbações da memória* por entendermos que alguns relatos extraídos da clínica se assemelham à complexidade da experiência de Freud (1936/2006) no episódio da Acrópole. Nele há uma “perturbação da lembrança” relacionada ao fenômeno da despersonalização, mobilizando em Freud um sentimento de estranheza e inadequação. O quadro clínico que compreende as *perturbações da memória* comporta alterações de memória, linguagem e comportamento. Essa sintomatologia será compreendida como referida a um contexto de luto diante das muitas perdas no tempo da velhice. Buscaremos circunscrever a complexidade da memória e o limite da rememoração frente ao real que não cessa de não se escrever. A repetição em jogo nas *perturbações da memória* faz lembrar o trauma, como algo sem representação, e pela mobilização de angústia pode ser tomada como um operador clínico. Para tanto, o desejo do analista é assinalado como o pivô da transferência, sustentando a ética da psicanálise que inclui o real. Diante dos limites do dispositivo analítico frente ao quadro de que tratamos, as construções em análise são propostas para promover uma abertura ao trabalho pelo significante.

Palavras-chave: Trauma; repetição; memória; luto; angústia.

RESUMEN

La propuesta de esta disertación es investigar la función de la repetición en la clínica psicoanalítica y su articulación al trauma. Este asunto será tratado en referencia a la especificidad de un trabajo clínico, en ambulatorio público, con “personas mayores” que presentan *perturbaciones de la memoria*, cuya manifestación puede ser relacionada, por el saber médico, a la abertura de un cuadro demencial. Escogemos el término *perturbaciones de la memoria* por entender que algunos relatos extraídos de la clínica se asemejan a la complejidad de la experiencia de Freud (1936/2006) en el episodio de la Acrópolis. En este hay una “perturbación del recuerdo” relacionada al fenómeno de la despersonalización, que moviliza en Freud un sentimiento de extrañeza e inadecuación. El cuadro clínico que comprende las *perturbaciones de la memoria* comporta alteraciones de memoria, lenguaje y comportamiento. Esta sintomatología será comprendida como referida a un contexto de luto ante muchas pérdidas en el tiempo de la vejez. Buscaremos circunscribir la complejidad de la memoria y el límite de la rememoración frente a lo real que no cesa de no escribirse. La repetición en juego en las *perturbaciones de la memoria* hace recordar el trauma, como algo sin representación, y por la movilización de angustia puede ser tomada como un operador clínico. Para eso, el deseo del analista es señalado como el pivote de la transferencia, sustentando la ética del psicoanálisis que incluye lo real. Delante de los límites del dispositivo analítico frente al cuadro del cual tratamos, las construcciones en análisis son propuestas para promover una abertura al trabajo por el significante.

Palabras-clave: Trauma; repetición; memoria; luto; angustia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1- MEMÓRIA E REPETIÇÃO	16
1.1. O estudo sobre as afasias e as “perturbações” da memória.....	16
1.2. A memória no projeto de 1895.....	20
1.3. A memória como sucessão de inscrições.....	23
1.4. <i>Bahnung</i> em associação à cadeia significativa e a identificação ao traço unário.....	25
1.5. Rememoração e repetição.....	28
1.6. A <i>Coisa</i> freudiana e o limite da memória.....	31
1.7. Vinheta clínica: Doença de Alzheimer e destino.....	34
CAPÍTULO 2 - TRAUMA E REPETIÇÃO	38
2.1- A repetição e o real como trauma.....	38
2.2 - Trauma e luto.....	42
2.3 - “Pai, não vês que estou queimando”?.....	44
2.4 - O trauma como impasse para a construção de narrativas.....	46
2.5 - Fragmento clínico: Trauma, repetição e manifestações corporais.....	48
2.6 - A angústia frente às perdas e a entrada do <i>Unheimlich</i>	51
CAPÍTULO 3 – AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO DISPOSITIVO ANALÍTICO	58
3.1 - A abordagem da velhice e o lugar da memória na atualidade.....	59
3.2 - Um desejo advertido: sobre o lugar da psicanálise nos espaços médico-hospitalares...64	
3.3 - Transferência, repetição e as construções em análise.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

“Repetir, repetir, até ficar diferente¹”

A frase que lançamos mão para introduzir esta dissertação traz o cerne do tema de nossa pesquisa, o lugar e função da repetição na clínica psicanalítica e sua articulação ao trauma. Este assunto será tomado por referência à especificidade de um trabalho clínico com “idosos²” que apresentam *perturbações da memória*³, cuja manifestação poderá estar relacionada à abertura de um quadro demencial. O contexto de atuação no qual nos inserimos é um ambulatório de geriatria da rede pública estadual. Nele, o trabalho realizado consiste em consultas e acompanhamento de “idosos” por uma equipe multiprofissional na qual o psicólogo é um dos componentes. Nesta instituição, o discurso médico é prevalente e, por esta razão, as dificuldades relativas à memória que se verificam nas queixas de muitos pacientes podem lançar para a equipe a pergunta pela abertura de um quadro demencial, uma vez que comumente este é encontrado em “idosos” e possui nas alterações da memória seus primeiros indícios.

Escolhemos o termo *perturbações da memória* por entendermos que alguns relatos extraídos da clínica se assemelham à experiência, nada simples, de Freud (1936/2006) no episódio da Acrópole. Nele há uma “perturbação da lembrança” relacionada ao fenômeno da despersonalização, mobilizando em Freud um sentimento de estranheza e inadequação. O quadro clínico que compreende as *perturbações da memória* comporta queixas que se traduzem como esquecimentos mais acentuados e frequentes, confusão mental, episódios em que relatam perderem-se em ambientes conhecidos. Em casos mais graves há desorientação

¹ Barros, M. de. (2001). *Livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record.

² Utilizaremos aspas sempre que nos referirmos ao termo *idoso*, por este indicar uma categoria de indivíduos construída historicamente. Assim como, para esclarecermos que não nos dirigimos à categoria, mas ao sujeito.

³ A expressão “Perturbações da memória” é proposta para abordar os diferentes e aparentes prejuízos da memória. Buscamos nos afastar do discurso da patologia e propor uma leitura à luz da psicanálise. Entendemos que essa expressão comporta a radicalidade do episódio da Acrópole (1936/2006), descrito por Freud como uma “Perturbação da lembrança”.

temporal, espacial e despersonalização. A partir da escuta que a análise promove, o sujeito encontra a possibilidade de ultrapassar uma queixa e construir uma demanda de análise, o que em seu tempo permitirá um trabalho do registro simbólico que poderá levá-lo a recolocar a pergunta pela queixa de memória e até mesmo ultrapassar estes episódios.

Para alguns destes pacientes este trabalho significativo promovido pela análise parece encontrar um obstáculo, não havendo deslizamento das queixas à demanda, tão pouco o encerramento dos episódios relatados. A presença da repetição nos parece relevante, sobretudo pela maneira como se apresenta, isto é, em sua relação com o irrepresentável da experiência traumática. Assim, a repetição de alguns elementos de memória insiste onde a rememoração encontra um limite diante do real. Constatamos, ainda, a presença de manifestações corporais, como a agitação motora e a sensação de proximidade da morte que com recorrência são relatadas. Por vezes, elas propiciam comportamentos agressivos, sendo acompanhadas por grande sensação de mal-estar e esgotamento físico.

Estes pacientes são encaminhados para a análise a partir de diferentes demandas dos profissionais de saúde, mas, sobretudo, aquela que diz respeito à complementaridade dos discursos. Assim, espera-se que o analista acrescente algo ao saber dos demais profissionais de saúde, seja através da confirmação de uma suspeita diagnóstica ou tornando um paciente mais aderido ao tratamento proposto. Na instituição de saúde aquilo que claudica tende a ser compreendido como limite patológico. Deste modo, a sustentação do discurso analítico neste espaço buscará promover a abertura ao sujeito, para que o limite possa ser tomado como dado de estrutura, sem com isso desconsiderar a possibilidade da concomitância de um quadro demencial.

Para empreendermos a pesquisa, buscaremos apoio nas elaborações freudianas, inicialmente pelo tema da memória, para em outro momento abordarmos um além do princípio do prazer. Deste modo, podemos tomar a repetição antes e depois da introdução da pulsão de morte. Pela referência ao princípio do prazer, ela se articula às funções da memória e da busca incessante pelo retorno à satisfação. A partir da conceituação da pulsão de morte, a qual se dá pela verificação de um modo de repetição não referido ao prazer, é possível abordá-la por referência a um mais além do prazer que implica o real como impossível. Em Lacan, faremos um percurso não linear em sua obra com a intenção de esclarecer a referência a um real que não cessa de não se escrever, assim como demais elaborações que nos permitam

introduzir aquilo que não se encontra subsumido à função significante. Deste modo, formularemos que a repetição presente nestes casos coloca em causa o real como trauma. Neste sentido, o que se apresenta como pano de fundo para a investigação clínica é o encontro faltoso que a repetição promove.

No primeiro capítulo buscaremos pontos iniciais da obra freudiana sobre a memória tal como concebida no *Projeto para uma psicologia científica* (1895/2006) e na *Carta 52* (1896), assim como em textos que retomam suas ideias. Alguns pontos de discussão do texto Sobre a concepção das afasias (1891/2013) nos conduzirão à questão da linha tênue entre normal e patológico pela semelhança da sintomatologia das afasias e algumas apresentações do quadro demencial.

A memória em Freud, embora não tenha recebido uma teorização específica, possui valor central em articulação a muitos conceitos importantes à psicanálise, tais como a concepção de objeto perdido e a repetição que a este se articula, assim como a formulação do inconsciente e de suas formações. A teoria das barreiras de contato e o conceito de *bahnung*, contidos no Projeto para uma psicologia científica (1895/2006), servem a Freud como apoio a sua concepção da memória, possibilitando o avanço em direção à noção de traços de memória. Os traços mnêmicos são abordados na *Carta 52* (1896/2006) para explicar a maneira como se forma a memória e seu modo de funcionamento. Neste texto a memória aparece como sucessão de inscrições promovidas pela facilitação das *bahnungen*.

Passaremos deste ponto para a abordagem da concepção da falta de objeto como razão para o estado de fenda do sujeito, lugar do vazio da estrutura. O que permitirá adentrarmos naquilo que permanece como exterior à memória e que não se escreve na mesma. A Coisa freudiana que representa este furo constitutivo, *das Ding*, é um elemento exterior à memória e, portanto, não se escreve. O limite de *das Ding* como um real derradeiro comparece no seminário sobre a ética da psicanálise (Lacan, 1959-1960/2008). A partir desta aproximação do registro do real ao conceito de *das Ding*, o primeiro adquire uma relevância maior na clínica lacaniana, chegando posteriormente a ser formulado como um real incessante e impossível de se escrever. Aqui encontramos o ponto de tangência entre o limite da memória frente ao real como trauma, que não se escreve, e a repetição, articulada à pulsão de morte, que vemos comparecer em lugar do fracasso da rememoração em casos limite.

No segundo capítulo prosseguiremos nossa pesquisa acerca desse limite de estrutura já abordado no capítulo anterior. A repetição por relação ao real comporta o encontro faltoso da experiência traumática, o que toca o campo do gozo e da pulsão de morte. O real como trauma não produz escrita, permanecendo sem representação psíquica. Neste sentido nos interrogamos acerca dos efeitos do trauma e daquilo que comparece como repetição, para além do princípio do prazer.

Para pensarmos os fenômenos que implicam o corpo faremos uma aproximação dos equivalentes somáticos presentes na angústia. As diferentes perdas com as quais os “idosos” se deparam evocam o luto como vivência traumática, sendo necessários trabalho simbólico e tempo para ultrapassar o mesmo. Tais perdas trazem à cena dois pontos de impossível no que tange à representação, a morte e o sexo. Uma perda, em sua face real, confronta o sujeito com a angústia. Para Freud (1920/2006), trata-se de um excesso pulsional que não se vinculou. Em Lacan, há que se considerar que a emergência da angústia diz respeito à presença do objeto em sua face real. Não seria este o cerne para a articulação do luto, onde há uma introjeção maciça do objeto no eu, com o real traumático que a perda do objeto investido comporta?

Tomaremos o luto como experiência traumática na medida em que este implica em uma vivência de privação, diante da qual a falta se apresenta em sua face real. A experiência clínica nos leva a acreditar que uma das principais questões na velhice, e particularmente nos casos de perturbações da memória, é o tema da morte. Como severa indicação do limite à existência, pelo avançar da própria idade ou pela ocorrência de mortes de pessoas próximas que tendem a acontecer com recorrência, traz o encontro com o real em sua face de impossível, já que para a morte não há representação psíquica.

Os temas da velhice e do confronto com a morte comparecem no filme *Morangos Silvestres* (1957), escrito e dirigido por Ingmar Bergman. O filme é iniciado por algumas falas de Isak Born, um professor já “idoso” e aposentado que está prestes a receber um título por seu trabalho na Universidade de Lund. Na sequência, comparece um sonho deste personagem cuja temática é a morte e a solidão, a qual pode se asseverar com o avançar da idade, embora seja fruto do desamparo constitutivo de todo ser falante. Em uma cidade deserta e desconhecida, Isak se encontra em completa solidão e estado de angústia. Um carro funerário se aproxima e dele cai um caixão, uma mão aparece sob a tampa deste e agarra Isak, que em

seguida se vê dentro do caixão. Este sonho promotor de angústia toca o tema da proximidade da própria morte, que ocorre com o avançar da idade.

A precariedade dos laços sociais cerca o personagem. Talvez, neste momento, apenas uma governanta com quem tem certa intimidade ocupe um lugar significativo. Seu filho está distante; sua mãe, ainda viva, reside em outra cidade e não dá sinais claros de que Isak ocupe um lugar em seu desejo; e, por último, a nora que se encontra hospedada em sua casa mantém com ele uma relação formal. A partir do sonho, Isak parece implicado em fazer uma avaliação da própria vida, uma espécie de urgência subjetiva frente à finitude. As recordações de momentos significativos são retomadas na viagem em direção à Universidade de Lund onde receberá as honras. Nela, é acompanhado pela nora de quem começa a se aproximar à medida que algumas revelações são feitas ao longo do caminho.

A viagem pode ser comparada a uma travessia no tempo da velhice, em que alguns lugares da infância e juventude são visitados abrindo uma série de recordações e de novos sonhos. Uma virada ocorre neste percurso. Ao invés de isolar-se ainda mais ou de paralisar diante da confrontação com a própria finitude, Isak faz novos laços no caminho e retoma alguns outros ao chegar a sua cidade natal, o que esclarece a referência importante do desejo do Outro como aquilo que permite ao sujeito situar o desejo próprio.

Confrontados com as questões sempre particulares que este tempo da vida impõe, mas que de modo mais abrangente toca a perda de laços, muitos “idosos” começam a apresentar queixas de esquecimento e relato de lapsos de memória cada vez mais importantes. Diante desta falta real, o sujeito “idoso” poderá responder apresentando episódios de perturbações da memória, os quais nem sempre são passíveis, mesmo em análise, da abertura ao significante que propiciaria o trabalho de luto. Isto é, precisamente, o que acontece nos casos que estamos investigando.

No terceiro capítulo nos ocuparemos dos desafios que a psicanálise enfrenta nesta clínica e da proposição do trabalho que verificamos ser possível, tendo em vista um limite particular nestes casos. Inicialmente discutiremos o lugar da velhice e os apelos à memória na contemporaneidade, entendendo que o discurso da época interfere na sintomática do ser falante. A mercantilização da vida, em suas diferentes esferas, também será problematizada

com intuito de compreender o laço da medicina com o capitalismo que resulta em um aumento de diagnósticos nosológicos.

Quanto ao lugar da psicanálise em instituições de saúde, buscaremos assinalar a demanda assistencial feita aos analistas, cuja finalidade é o amansamento dos corpos. A resposta do analista é seu desejo, que sustenta uma ética que coloca em jogo o real como dado de estrutura, introduzindo, assim, o inconsciente na cena. Deste modo, os protocolos de assistência, em sua pretensão de integralidade, fracassam, uma vez que o real se apresenta como limite aos mesmos.

Os casos clínicos trazidos nos primeiros capítulos serão retomados para pensarmos a radicalidade dos prejuízos de memória e a problemática do trauma, de modo que a intervenção analítica seja esclarecida. A repetição comportando um apelo ao Outro, no contexto da análise, faz apelo ao analista. Como fazer da repetição um operador clínico que promova a abertura do trabalho significativo da realidade traumática?

Tomaremos, como leitura possível da intervenção nesses casos, as construções em análise propostas por Freud (1918 [1914]) no caso clínico sobre o Homem dos Lobos. Com a constatação de que não há avanço da análise, Freud adentra pelo caminho das construções. Aqui, a dimensão temporal se impõe como limite, há certas construções que precisariam de tempo. No contexto institucional a questão temporal é bastante presente como obstáculo ao andamento da análise. Em parte dos casos, não se avança além das entrevistas preliminares. Ainda assim, algum trabalho de construção é possível de modo a promover a abertura ao significativo.

CAPÍTULO 1

MEMÓRIA E REPETIÇÃO

1.1 - O estudo sobre as afasias e as “perturbações” da memória

Nosso ponto de partida para este capítulo é a indicação precisa de Lacan (1955-1956/1997) de que a memória psicanalítica é alguma coisa inacessível à experiência. Isto porque o registro permanente de memória se faz no inconsciente. Neste sentido, Lacan afirma: “Ao nível da neurose, que fez ser descoberto o domínio do inconsciente freudiano enquanto registro de memória” (p.171). A pesquisa de Freud parte do interesse pelas manifestações na clínica da neurose, sobretudo pela constatação de que as histéricas sofriam de reminiscências. Para Lacan, a abordagem da memória por Freud se inicia pela observação do aparelho psíquico de seus doentes, não do indivíduo ideal, e é isso que o introduz numa fecundidade e originalidade.

O esquema do aparelho psíquico em Freud é feito para explicar fenômenos de memória, isto é, o que não vai bem. O interesse pelos fenômenos da memória como aquilo que “não vai bem”, ou seja, por aquilo que parece destoar no funcionamento esperado da memória, é precisamente o que diferencia a psicanálise dos demais discursos. A psicanálise entende que a memória é sempre fragmentária; por isso comporta os lapsos, os esquecimentos, entre outras tendências do psiquismo cuja determinação é inconsciente.

O quadro clínico que compreende as “perturbações da memória” comporta esquecimentos mais acentuados e frequentes, confusão mental, episódios de desorientação, agitação motora e afetações da linguagem. Tomando como ponto de discussão as aparentes falhas da função da linguagem, se torna viável traçar um paralelo com a afasia. Esta se caracteriza como um distúrbio da linguagem no qual o esquecimento de palavras e o uso “inadequado” delas se faz notar, havendo casos onde a perda da função da linguagem é mais abrangente e grave.

Tomaremos a abordagem das afasias em Freud (1891/2013), para destacar em seu estudo a aproximação feita por ele entre as manifestações deste quadro com aqueles que se verificam no cotidiano de um indivíduo normal, submetido a certas circunstâncias. Assim como para indicarmos a impossibilidade de reduzir todas estas manifestações a alguns critérios diagnósticos e a uma causalidade específica.

De acordo com Garcia-Roza (1991), através do discurso do afásico, Freud aproxima as perturbações da linguagem encontradas na clínica com as perturbações funcionais do aparelho de linguagem. Introduz a concepção de uma perturbação funcional, termo que possui importância para designar uma série de efeitos que devem ser relacionados com o funcionamento total do aparelho, “ao invés de serem explicados em termos de uma relação mecânica entre o clinicamente observado e o anatômico”. (p. 29). Comenta, ainda, que Freud recusa as patologias da linguagem ao afirmar a presença das mesmas em pessoas sem nenhuma lesão cerebral, como também propõe que o funcionamento da linguagem pode ser descrito como a criação do novo.

Apesar do intervalo de tempo que nos separa da época em que Freud formulou essas ideias, a abordagem organicista através da localização anatômica ainda é prevalente na medicina. Com o acréscimo de uma nova posição, verificável nos mais recentes manuais diagnósticos, que diz respeito à simplificação de critérios para a definição diagnóstica. O estreitamento do intervalo entre a apresentação de um sintoma e a definição de um diagnóstico tem consequências que não podem ser despercebidas. O discurso como aquilo que promove laço, traz na veiculação de diferentes significantes, a possibilidade de aderência a eles. A chegada de um “idoso” em um ambulatório de geriatria pode ser propiciadora de alguma abertura, quando o serviço de saúde se torna um espaço de acolhimento e de novos laços sociais. Mas pode ter um lado perigoso, quando há uma colagem a significantes que pretendem abarcar o todo das experiências do “idoso”. Se isso acontece, uma tristeza diante do luto pode ser atribuída a um quadro depressivo, por exemplo, e neste caso o medicamento vem em lugar do trabalho de luto.

No ambulatório no qual se deu nossa atuação, a inclusão de novos pacientes que procuram atendimento especializado é feita mediante uma consulta com equipe multidisciplinar. Nesta, serão verificados critérios tais como a presença de quedas, queixas de memória, autonomia, humor, entre outros que caracterizariam algumas das ocorrências esperadas no “idoso” e que podem, dependendo da quantidade de queixas, serem definidas como componentes de uma síndrome geriátrica. Assim, a abordagem inicial do paciente é pela investigação de alterações em uma dessas áreas, sendo elegível para o serviço aquele “idoso” que preenche melhor os critérios da fragilidade. A decisão de aceitar um novo paciente ou recusá-lo sob o argumento de que não é possível receber a todos, e que por isso é necessário eleger os que mais precisam, é coerente com o discurso vigente nas instituições de saúde pública no Brasil no que tange a organização dos serviços diante da limitação de recursos. Ainda assim, revela-se problemática ao restringir a abordagem do “idoso” à patologia.

A possibilidade de reduzir as questões apresentadas pelo “idoso” à presença de quadros patológicos ou a uma precariedade esperada das funções gerais desconsidera a particularidade de cada caso. As perturbações da memória, deste modo, são investigadas tendo por base as alterações da cognição e a possibilidade de se referirem à abertura de um quadro demencial.

Freud (1891/2013) inicia o estudo sobre as afasias assinalando que pretende rever duas hipóteses acerca do tema. A primeira diz respeito à diferença entre a afasia causada pela destruição dos centros responsáveis pela linguagem e a de causa relativa à destruição das vias de condução. A segunda hipótese que deseja substituir considera cada um dos supostos centros das funções da linguagem envolvidos na causa da afasia.

Freud (1891/2013) afirma que ambas as hipóteses têm relação com a ideia, corrente nas pesquisas do campo da neurologia na ocasião, da limitação das funções do sistema nervoso a regiões anatomicamente limitadas. Ele examina mais detidamente o tema da afasia e propõe uma abordagem mais ampla do que esta que pressupõe a localização de uma região anatômica. Freud defende que esses processos, diante da complexidade da linguagem, abarcam toda a extensão do cérebro e não uma área específica.

Na trilha de indicar a abrangência e riqueza dos fenômenos da linguagem, Freud (1891/2013) retoma dados de observação clínica da parafasia - um tipo específico de afasia que consiste na troca de palavras adequadas por outras inadequadas ou quando duas intenções verbais são fundidas em uma deformidade, originando uma palavra incorreta para a finalidade. Ele verifica que, em todos os casos, a palavra falada mantém alguma relação com a de uso mais apropriado que foi suprimida.

Esse tipo de afasia assemelha-se aos lapsos de linguagem nos atos falhos. Estes, mesmo não constituindo um quadro patológico, fora da situação analítica, sobretudo pela apreensão do discurso circundante na área de saúde, poderão ser compreendidos como tal. De acordo com Freud, (1891/2013) a parafasia observada em doentes não difere em nada da troca e da mutilação de palavras que uma pessoa saudável possa cometer, seja pelo cansaço ou em circunstâncias em que a atenção esteja dificultada por afetos perturbadores.

A proposição de Freud é de que é necessária uma abordagem mais ampliada sobre a causa da afasia diante da complexidade da linguagem, em contraposição à hipótese das localizações específicas. Assim como desfaz uma demarcação rígida entre normal e patológico, ao constatar a semelhança da parafasia com episódios presentes em pessoas saudáveis. São contribuições

importantes para deslocarmos a atribuição diagnóstica aos recorrentes episódios que implicam em uma aparente precariedade da memória. O diagnóstico da afasia é abordado por Freud com o cuidado de incluir as duas considerações que destacamos, introduzindo ainda a consideração pela causa e não apenas pela localização do quadro.

“Agora nós sabemos que as partes do cérebro cujo adoecimento se revela por meio de sintomas sempre nos indicam apenas sintomas locais, e fica ao nosso cargo adivinhar o diagnóstico a partir das circunstâncias secundárias do caso ou a partir do desenvolvimento da afecção. O aparelho de linguagem, no entanto, dispõe de tamanha riqueza de formas de expressão sintomáticas que dele poderíamos esperar que nos revelasse não apenas a localização, mas também a natureza da lesão” (Freud, p.55).

Este texto de Freud é importante não apenas pelas indicações que dele destacamos até agora, mas pela maneira particular que é abordada a função da linguagem. Para Garcia-Roza (1991), o termo *Spracheapparat* pode ser traduzido como aparelho de linguagem e, como tal, pode-se compreender que é “pelo aparelho dizer respeito à linguagem que ele vai poder funcionar como modelo para se pensar o inconsciente”. (p. 27). Neste texto, Freud introduz, ainda, a noção de inscrição permanente. Cada estímulo que decorre das impressões causadas pelo mundo exterior deixa uma inscrição que não se apaga no aparelho de memória: Para Freud, a palavra se liga a uma série de imagens mnêmicas ou representações. Mas, como comenta Garcia-Roza (1991), “o significado não decorre das impressões, mas da articulação da imagem acústica com a representação de objeto” (p.47).

A associação das representações e a produção de sentido que daí se depreende podem ser aproximadas do deslizamento de um significante a outro na cadeia como o movimento que possibilita a produção de significados, fazendo com que as associações não sejam interrompidas e nem se esgote o trabalho de elaboração psíquica. Pelo fato do significado de uma representação-objeto resultar da relação entre as próprias representações e não da relação com a Coisa, isto o aproxima mais do registro do significante.

Neste texto, outra importante contribuição de Freud pode ser destacada. A noção de que o aparelho de linguagem é construído aos poucos, e que essa construção se dá por meio da aprendizagem, a qual não é possível sem uma relação com o outro. Trata-se de outro aparelho de linguagem e não numa relação direta com o mundo. Assim, “o aparelho de linguagem nos coloca em presença de um outro aparelho de linguagem que nos introduz no registro da troca simbólica” (Jorge, p. 40).

1.2 - A memória no projeto de 1895

O Projeto para uma psicologia científica (1895/2006) retoma pontos de destaque contidos no texto das afasias, assim como antecipa elaborações que serão imprescindíveis ao desenvolvimento de conceitos centrais da psicanálise. Uma das contribuições mais importantes contidas neste texto é a concepção da função da memória. A partir da diferenciação entre neurônios de memória e neurônios da percepção será possível a elaboração posterior de um aparelho psíquico dividido em instâncias psíquicas, com suas características e funções específicas. Embora, neste momento, Freud ainda não tenha introduzido o conceito de inconsciente, a maneira pela qual descreve a função da memória, como capaz de reter de modo indelével as informações, é precursora daquilo do que retoma posteriormente, algo da ordem da memória, uma inscrição permanente no inconsciente.

No *Projeto*, é pela hipótese das barreiras de contato que Freud introduz a memória. As barreiras de contato fornecem uma explicação para a maneira como se dá a condução da informação e o armazenamento da mesma. Freud propõe que a própria capacidade de condução da informação nas barreiras de contato criará uma diferenciação do caminho, como uma espécie de rastro nesse caminho trilhado, possibilitando uma condução subsequente. A questão que se coloca diz respeito à impossibilidade de harmonizar uma das principais características do sistema nervoso, a memória, que é retentora da informação e pode ser permanentemente alterada por novas ocorrências, com a capacidade de permeabilidade à passagem de qualquer informação para logo depois voltar ao estado primitivo.

Freud afirma que qualquer explicação para a memória encontra a dificuldade de admitir duas características opostas. Se por um lado, após o término da excitação os neurônios ficam permanentemente alterados em relação ao estado anterior, por outro, as novas excitações encontram as mesmas condições de recepção de antes, ou seja, uma capacidade ilimitada de recepção. Propõe como solução a esta questão duas classes distintas de neurônios. Uma classe de neurônios tem por característica a impermeabilidade e a alteração permanente pelas excitações, ao passo que a imutabilidade seria uma característica da outra classe de neurônios que estariam sempre livres para excitações inéditas. A primeira classe de neurônios corresponde à memória e a segunda à percepção, em outras palavras, células mnêmicas e células perceptuais.

A teoria das barreiras de contato é compatível com esta solução da distinção dos neurônios. Os neurônios da memória possuem barreiras de contato que limitam a entrada da quantidade de

excitações novas, de modo que só as permitem adentrar de maneira parcial. Os neurônios perceptuais deixam passar a Q como se não tivessem barreiras de contato, permanecendo no mesmo estado anterior depois da passagem da excitação. As células mnêmicas, por adquirirem um estado diferente após a passagem da excitação, podem representar a memória.

De acordo com Garcia-Roza (1991), a hipótese das barreiras de contato é fundamental para a explicação da memória. Se não possuísse a capacidade de retenção das informações, “o aparelho ficaria reduzido a um mero condutor, algo semelhante a um fio que conduz energia elétrica, mas que não é capaz de armazená-la” (p.94). Ele comenta que a diferenciação entre neurônios permeáveis (perceptuais) e impermeáveis (mnêmicos) é a base para a concepção do sistema “*psi*” como aparato de memória, formado por estratificação sucessiva.

Os neurônios impermeáveis, imprescindíveis para abranger as características da memória, ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação. Freud diz que essa alteração permanente é algo similar a um re-aprender baseado na memória, que essa alteração deve fazer das barreiras de contato mais capazes de condução. Neste caso, a memória seria representada pelas facilitações (*bahnung*) existentes entre os neurônios. Ocorre que, se todas as barreiras de contato estivessem igualmente facilitadas, algo do que é da ordem da memória seria perdido.

Em relação à passagem da excitação, a memória é uma das forças que determinam e orientam a direção de seu caminho. Freud conclui: “se a facilitação fosse idêntica em todos os sentidos, não seria possível explicar por que motivo uma via teria preferência sobre outra”. Assim, propõe que o modo mais correto de definir a memória é através das diferenças nas facilitações entre os neurônios. Esta diferença indicada por Freud é aquilo que constituirá as vias preferenciais baseadas nas modificações do caminho pelas experiências de prazer e de dor.

Freud afirma que a memória de uma experiência, que implica em sua força eficaz e contínua, depende da amplitude de uma impressão e da recorrência com que a mesma impressão se repete. Nos termos do Projeto, o que promoveria a magnitude da impressão é a quantidade de excitação que passa pelo neurônio, assim como o número de vezes em que esse processo repete, ou seja, que as mesmas vias de condução são mais uma vez trilhadas. Freud explica que o fator operativo na memória é a soma da quantidade de excitação com a facilitação da condução da mesma. A tendência do funcionamento psíquico, durante cada modificação ocorrida em virtude da passagem de uma nova excitação, é evitar o excesso desta e promover sua redução ao mínimo possível. Este é

o funcionamento primário do aparelho psíquico, evitar o desprazer e buscar as vias que antes conduziram à satisfação através da repetição. *Bahnung* serve à função primária do “sistema nervoso”, pois, através da facilitação entre os neurônios é possível reencontrar os caminhos para as experiências prazerosas e também evitar aqueles que levaram a experiências menos satisfatórias.

Um trilhamento (facilitação) é, portanto, uma trama de caminhos facilitadores em certas direções. Os traços mnêmicos que se inscrevem na trilha das *bahnungen* são capazes de um rearranjo, sofrem um reordenamento segundo novos nexos. As barreiras de contato no sistema “*psi*” são modificadas pela passagem do estímulo e isto produz uma alteração permanente; neste sistema há uma resistência à quantidade de energia. Já as barreiras de contato do sistema perceptivo não oferecem resistência às quantidades de energia vindas do exterior. Nisto consiste a metáfora do Bloco Mágico, através do qual Freud descreve uma primeira camada no psiquismo cuja superfície é sempre aberta a novas estimulações, embora nada retenha das mesmas. Os neurônios impermeáveis, que constituem o sistema de memória, estão em conexão direta tanto com os estímulos oriundos do exterior quanto com os internos.

Freud (1895/2006) utiliza o termo *próton pseudo* para explicar o sintoma histérico. Ele permite demonstrar que a memória não é uma reprodução exata da experiência. No texto sobre a psicopatologia da histeria inicia afirmando que “os pacientes histéricos estão sujeitos a uma *compulsão* exercida por ideias excessivamente intensas” (p. 401). Isto leva a uma emergência, na consciência, de uma representação sem uma justificativa pelo decurso. Freud diz que o *próton pseudo* é uma espécie de mentira de base das histéricas. Este termo possui semelhança com o conceito de fantasia, a qual também se relaciona a representações cujo investimento é intenso e não possuem valor de precisão no que tange aos dados da realidade.

Garcia-Roza (1991) aborda este texto e destaca que toda compulsão dessa espécie equivale a um recalçamento, e sua emergência na consciência é correspondente a uma amnésia. O conteúdo penoso para o eu sofre o recalçamento, e, de acordo com Freud, tal conteúdo é de ordem sexual. O que ocorre neste caso é o contrário do que ocorre no estado de desejo. A experiência de dor provoca uma repulsão da imagem mnêmica do objeto desprazeroso: “O recalçamento, tal como Freud entende, é esse esforço para desalojar da consciência essa imagem-recordação hostil” (p.190).

Embora, não tenhamos a intenção de aprofundar a investigação do sintoma histérico e da fantasia, a retomada desta contribuição de Freud nos traz um elemento a mais para demonstrar a complexidade da memória. Ela não se limita à rememoração e, mesmo neste caso, o que se recorda

não é uma reprodução exata da experiência, mas a maneira como cada um apreende a realidade a partir de seu modo de representar.

1.3 - A memória como sucessão de inscrições

A carta 52, escrita para Wilhelm Fliess, retoma alguns pontos já presentes no Projeto, como a concepção dos traços mnêmicos, e acrescenta outras elaborações importantes para a compreensão do funcionamento da memória. Uma das novidades contidas neste texto aparece em suas primeiras linhas. Freud introduz a carta afirmando que está trabalhando na hipótese de que o mecanismo psíquico se formou por um processo de estratificação e que o material presente em forma de traços de memória estaria suscetível a um rearranjo, uma retranscrição a partir de novas circunstâncias. Destacaremos neste texto dois pontos que julgamos essenciais à nossa pesquisa. O primeiro diz respeito à afirmação de que o aparelho psíquico é um aparelho de memória. O segundo ponto é a utilização da palavra *Niederschrift* que pode ser tomada como inscrição. Assim, a memória é equivalente ao aparelho psíquico e ela é formada por uma sucessão de inscrições/transcrições.

Freud diz que o que há de novo a respeito de sua teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma única vez, mas que ela se desdobra em vários tempos, ela é registrada de muitas maneiras. Postula que há diferentes registros de memória separados. Ele acentua que os registros sucessivos representam a realização psíquica de épocas da vida. No intervalo dessas épocas sucessivas, Freud sugere que haja uma tradução do material psíquico da época anterior. Sua hipótese a este respeito é de que, no caso das psiconeuroses, essa tradução necessária não se fez com parte do material e isso pode explicar a ocorrência destes quadros. Esta proposição baseia-se na crença em um ajustamento quantitativo, ou seja, na tendência do psiquismo em lidar com a menor quantidade de excitação possível. Para Freud, cada transcrição subsequente inibe a transcrição anterior e retira dela o processo de excitação. Se essa ação da transcrição subsequente não ocorre, a quantidade de excitação é manejada sob as regras psicológicas presentes no período anterior. Ele utiliza a expressão *Fueros* para descrever essa falha na tradução, que nada mais é que o mecanismo do recalque. Diz que neste caso se está na presença de “sobrevivências”. Em nota de rodapé a este texto, o editor inglês esclarece que *Fuero* é uma lei espanhola antiga, a qual garantia privilégios a uma determinada cidade ou província. Freud descreve o recalque como um “distúrbio do pensamento” que não permite o trabalho de tradução.

A memória é anterior a toda organização psíquica e ao mesmo tempo propiciadora desta, uma vez que desde que se está em contato com o mundo há alguma apreensão do mesmo. A afirmação contida na *Carta*, de que os neurônios impermeáveis são responsáveis pela memória e também pelos acontecimentos psíquicos em geral, permite-nos, mais uma vez, assinalar a impossibilidade de conceituar a memória como reprodução exata da experiência. Ela está submetida a todos os processos psíquicos. Não há um registro que comporte o todo da experiência, pois é preciso que os eventos possuam um valor especial para tornarem-se memória. Além disso, pelo fato da estrutura comportar uma falta constitutiva, a memória também é lacunar. Quanto à possibilidade de rememoração dos elementos mnêmicos, de igual modo, comporta um limite, diante dos mecanismos defensivos que não permitem a entrada de qualquer elemento na consciência, assim como podem deformar um dado de realidade a partir das lembranças encobridoras e da fantasia.

Além da importante contribuição da *Carta* no que tange ao esclarecimento da complexidade da memória, há outro ponto que precisa ser retomado neste texto. Trata-se do uso da palavra *Niederschrift*. Para Garcia-Roza (1991), essa noção de inscrição traz uma nova dimensão à concepção freudiana da memória e do próprio aparelho psíquico. Esta expressão permite aproximar a memória ao que é da ordem da linguagem e da escrita. Freud utiliza a palavra escrita, anos mais tarde, quando explica o funcionamento da memória através da metáfora do *Bloco Mágico*. Neste texto (1925[1924] /2006) ele afirma que a memória é constituída pela escrita permanente que se faz na camada mais profunda que corresponde ao inconsciente.

Na leitura de Lacan (1959-1960/2008, p.65), “toda a teoria da memória, em Freud, gira em torno da sucessão das inscrições”. Toda a exigência fundamental ao funcionamento da memória consiste na ordenação, coerente com a concepção do aparelho psíquico, dos campos cujo funcionamento se atribui aos traços mnêmicos. Comenta que a impressão do mundo exterior como primitiva e bruta, uma vez que é apenas uma apreensão do sentido, não corresponde ao que Freud aborda com a palavra inscrição. Para Lacan, é surpreendente que Freud na origem de seu pensamento chegue a essa formulação. Uma *Niederschrift* é algo que constitui signo e, portanto, não pode ser compreendida em termos de impressão, mas algo que comporta a dimensão da escrita.

A sucessão de inscrições que compõem a memória se dá mediante a intervenção do Outro, que introduz o ser no mundo da linguagem e torna seu corpo marcado. Esta é uma memória inconsciente, constituída pelos traços que constituem o sujeito e o confirmam para o Outro. A

possibilidade de pensar a memória como algo que se escreve, mas que também é constituída por uma escrita, nos permite toma-la em articulação à linguagem e à função significante.

1.4 *Bahnung* em associação à cadeia significante e a identificação ao traço unário

Lacan (1956-1957/1995, p.241) retoma textos freudianos iniciais e aproxima a concepção de memória neles contidas ao funcionamento do registro simbólico e à função significante: “O significante é realmente organizador de algo inerente à memória humana”. Ele afirma que a memória implica em sua trama elementos significantes. Neste sentido, estrutura-se de maneira diferente de uma memória vital, isto é, do que corriqueiramente é tomado como atribuição da memória. A concepção de uma memória vital, segundo Lacan, “repousa na persistência ou no apagamento de uma impressão”.

Desde que introduzimos o significante no real, e ele é aí introduzido a partir do momento em que simplesmente se calcula, o que é apreendido na ordem da memória é estruturado de maneira fundamentalmente diferente de tudo o que possa acarretar uma teoria da memória fundada no tema da propriedade vital pura e simples (Lacan, 1956-1957/1995, p.241).

Na introdução do Seminário sobre *A Carta roubada* (1966/1998), Lacan retoma a concepção de um automatismo da repetição em Freud para esclarecer que este comanda o funcionamento da memória, automatismo que diz respeito à insistência da cadeia significante: “Essa própria noção foi por nós destacada como correlata da *ex-sistência* (isto é, do lugar excêntrico) em que convém situarmos o sujeito do inconsciente” (p.13). Para Lacan, este momento da formulação do inconsciente no pensamento freudiano é relativo à ordem simbólica como constituinte do sujeito, o que aponta para a determinação fundamental que o sujeito recebe do percurso de um significante: “A fábula da carta roubada tem a vantagem de manifestar tão puramente a necessidade simbólica que se poderia crê-la regida por um arbítrio”. (p.14). O significante, por ser organizador da memória e de toda a vida inconsciente, possui um valor de determinação para o sujeito. Esta função do significante pode ser comparada com a concepção de destino, isto é, de um caminho já demarcado do qual não se pode fugir. Conforme indica Lacan (1964/2008), o sujeito do inconsciente, em seu nascimento no campo do Outro, está sob as determinações do significante, através delas desenvolve suas redes e suas histórias: “O sujeito pode ocupar diversos lugares conforme sua posição em relação a um ou outro significante” (p. 204).

O conceito de *bahnung* introduzido no Projeto vem de encontro com essa noção, uma vez que ele constitui um caminho, uma via de continuidade, através da qual se inaugura uma repetição em busca das mesmas vias antes trilhadas, e por meio das quais se teve acesso à satisfação. Lacan (1959-1960/2008) afirma que o conceito de *bahnung* contido no Projeto pode ser aproximado à ordenação significativa da cadeia. Propõe a tradução “trilhamento” para *bahnung*, pois ela demonstra a constituição de uma via de continuidade, uma cadeia, que pode ser associada à cadeia significativa.

A abordagem da memória por referência ao traço e ao significativo dá a ocasião de introduzir a identificação ao traço unário, como algo constitutivo para o sujeito e elemento mínimo de escrita na memória. Neste sentido, voltamo-nos para *Psicologia das massas e análise do eu* (1921/2006), onde Freud destaca três tipos de identificação. Em termos gerais, ele define a identificação como a mais remota expressão do laço emocional com outra pessoa.

O primeiro tipo de identificação desempenha um papel importante no complexo de Édipo, uma vez que é por meio dessa identificação que é possível encontrar a saída para o complexo. Nesta identificação, o menino toma seu pai como um ideal, isto é, a pessoa com quem se identifica torna-se modelo para o eu. A identificação é ambivalente em sua natureza. No caso do menino com seu pai, este é amado e ao mesmo tempo faz obstáculo ao objeto desejado assumindo um aspecto de hostilidade. De acordo com Freud, a identificação em sua face ambivalente “pode tornar-se expressão de ternura com tanta facilidade quanto um desejo do afastamento de alguém” (p.115). Ela deriva da fase oral, primeira organização da libido, cujo objeto é assimilado por meio da ingestão, o que equivale ao aniquilamento.

Um segundo tipo de identificação é aquela que aparece no lugar da escolha de objeto, comum nos sintomas histéricos. Freud dá dois exemplos deste tipo: o primeiro diz respeito à menina que reproduz uma tosse como a da mãe. Neste caso seu sintoma revela seu desejo de estar no lugar da mãe, a qual possui o amor do pai. O segundo exemplo é extraído do caso Dora, em que a tosse apresentada pela paciente era uma imitação da tosse do pai, seu objeto de amor. Nestes casos, “a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e a escolha de objeto regrediu para a identificação” (p.116). Freud explica que este tipo de identificação demonstra as condições em que os sintomas neuróticos são formados. Neles, a escolha de objeto retroage para a identificação, na ocorrência do recalque e da dominância dos mecanismos inconscientes. Neste caso, o ego assume as características do objeto. No terceiro tipo de identificação descrita, não existe relação de objeto com

a pessoa que se está copiando. Pode surgir com qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa.

No Seminário *A identificação* (1961-1962/2003), Lacan afirma que a identificação que interessa aos analistas é pelo significante. A identificação ao significante pode ser compreendida como aquela referida ao traço unário, descrito, desta maneira, em referência à identificação a um único traço, conforme descreve Freud ao abordar o sintoma neurótico. De acordo com Costa (2001), a referência ao traço unário se coloca pelo reconhecimento de um representante de sujeito nas diferentes expressões, apesar da heterogeneidade. Para melhor compreender essa referência da identificação ao traço como algo da ordem significante, é necessária a distinção entre este e o signo. O significante é diferença, é por esta característica que a unidade, em sua função significante se estrutura. O signo representa alguma coisa para alguém, já o significante se manifesta como a presença da diferença. O significante é o que representa o sujeito para outro significante.

Nada da função do significante é pensável, sem partir disso que formulo: o Um como tal é o Outro. É a partir disso, dessa estrutura fundamental do um como diferença, que podemos ver aparecer essa origem, da qual se pode ver o significante se constituir (Lacan, 1961-1962/ 2003, p. 49).

A referência ao unário diz respeito à alteridade. Como Lacan diz, esse um do unário é o Outro. Todo significante vem do campo do Outro. Ao falar da entrada do significante no mundo, Lacan (1956-1957) utiliza como metáfora a operação de uma usina hidrelétrica. Antes de qualquer funcionamento da usina, uma matéria primitiva entra em jogo para fazê-la funcionar, a queda d'água. Nisto consiste sua potência, a qual está determinada por condições anteriores a qualquer operação. É preciso que na natureza as matérias que vão entrar em jogo se apresentem de uma determinada maneira, de uma maneira significante. Antes que o eu adviesse o isso era. Lacan esclarece esta famosa colocação de Freud, “o isso é aquilo que no sujeito é suscetível, por intermédio da mensagem do Outro, de tornar-se eu” (p.45). Assim, o isso não é apenas algo que está antes do eu. A possibilidade de pensar uma anterioridade ao eu é pela presença do Outro como campo da linguagem.

O unário é marca da diferença pura e, como tal, é suporte desta diferença. É através dos diversos apagamentos (*effaçons*) que o significante vem à luz, dando-nos precisamente os modos capitais da manifestação do sujeito. Lacan esclarece que o “um” não é unificação, o “um” neste caso é índice de apagamento. Costa (2001) comenta que “o gesto de apagar – anular- é o que cria

um traço antes invisível” (p.87). De acordo com a autora, em Lacan, a simbolização possui esta característica do apagamento.

No seminário *A identificação*, ele toma o exemplo das pegadas percebidas por Robinson Crusoe. Elas denotam a presença de mais alguém na ilha, esse outro deixou vestígios de sua presença. Esse outro, “que deixou os vestígios (*traces*) que passou ali, que está mais adiante” (p.304). O que é equivalente a dizer que alguém foi suporte do signo, do rastro. Lacan diz que o ser falante pode, no entanto, apagar os vestígios.

Em *Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen (1907-1906 /2006)*, encontramos uma referência em Freud acerca do apagamento do traço. No romance “*Gradiva*” do escritor alemão Wilhelm Jensen, um jovem arqueólogo fica fascinado após encontrar uma escultura feminina, a Gradiva. Ele vai até Pompéia, de onde originou a obra, à procura de vestígios da existência da mulher que acredita ter inspirado a mesma. Lá encontra uma jovem a qual pensa ser Gradiva. Esta, contudo, se revela ser uma mulher com quem tivera uma relação anterior, uma amiga da infância reencontrada, mas que não foi reconhecida por ele. Para Freud, o esquecimento em causa no jovem arqueólogo foi causado pelo amor infantil recalçado.

Em análise desse texto, Vidal (2003) assinala que a escolha do jovem pela arqueologia não foi sem razão, foi levado sem saber “pela atração que exercia nele o baixo-relevo de um passo gravado ali para sempre de uma mulher nomeada Gradiva” (p.66). Por detrás dela outra, cuja semelhança não reconheceu. Trata-se neste caso da “escrita de uma ausência”. Freud (1907-1906 /2006) correlaciona o sepultamento das marcas do inconsciente com o destino de Pompéia soterrada pelas lavas do vulcão: “As camadas de lava de Pompéia, que conservam intacto o vestígio do passo, metaforizam as marcas do objeto sempre faltante que nos faz sonhar” (p. 66).

1.5 - Rememoração e repetição

A primeira referência que podemos encontrar em Freud para pensarmos a repetição é pela noção de *bahnung* contida no *Projeto*. Nela se esclarece que a repetição é originária porque a memória se constitui, desde o começo, pela preferência do caminho. A rememoração por articulação à *banhnung* não diz respeito à satisfação da necessidade, “mas sim da necessidade dar

lugar ao prazer da repetição”. (Garcia-Roza, 1991, p.136). Os investimentos libidinais se organizam em função das *bahnungen* sobre o comando do princípio do prazer. Lacan pontua (1959-60/2008), é nesse lugar da articulação pela *bahnung* que se formam os processos orientados e dominados pela realidade, o que ocorre de maneira inconsciente. Trata-se do sujeito reencontrar o caminho da satisfação e o objeto que o proporcionou.

No seminário *A ética da psicanálise*, Lacan (1959-1960/2008, p.56) acentua: “Quando Freud traça o esboço que pode representar o funcionamento normal do aparelho, ele fala não de reação específica, mas de ação específica como o correspondente da satisfação”. A ação específica denota a existência de um Outro que a executa. Neste sentido, a busca pela satisfação corresponde à busca deste Outro. O que Lacan faz corresponder ao “objeto reachado” e que explica o fundamento do princípio da repetição. Sempre faltará algo na ação específica, pois no que ela consiste em descarga de uma ação possui um caráter limitado, assim a satisfação nunca é completa e se busca mais uma vez reencontrá-la, o que promove a repetição. Uma re-petição contém um apelo e uma ação dirigidos ao Outro na busca de satisfação. A repetição comandada pelo princípio do prazer como uma busca de satisfação, sempre em fracasso, anima toda a vida inconsciente. A este respeito, Garcia-Roza (1991, p.205) pontua: “O que a repetição faz é acrescentar-se a quantidade de energia reeditando a mesma impressão e com isso mantendo seu poder do trilhamento”.

Após a formalização da psicanálise, precisamente nos textos de *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2006), a rememoração tem um valor central para o avanço do trabalho clínico. A rememoração e a lembrança constituem o objetivo principal do tratamento, uma vez que o material esquecido possuía a verdade sobre o sintoma histérico. Garcia-Roza (1993) comenta que se verifica aí uma constatação de que somos portadores de uma verdade a qual não se abre facilmente à memória. No caso Dora, Freud constatou um elemento novo na clínica, a repetição. Ele verifica que, ao não recordar o que fora recalcado, a paciente o expressa pela atuação. Esta atuação consiste em repetir o material esquecido.

A partir desse caso Freud volta sua atenção para um mecanismo presente na análise, à transferência: “A transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição”. (Freud, vol. XII, p.197). A repetição na transferência consiste em atualizar na análise e transferir para o analista o protótipo do amor infantil. Embora a repetição na transferência comporte uma face de resistência à rememoração, ela também é motor da análise. Como tal, a transferência como repetição do amor infantil promove a abertura do trabalho analítico, propriamente dito.

Freud retoma a conceituação da repetição na transferência em outros textos, dos quais destacamos: *A dinâmica da transferência* (1912) e *Recordar, repetir e elaborar* (1914). Nestes faz uma indicação mais direta acerca da relação da repetição com a resistência. Em *O estranho* (1919/2006), Freud aborda a repetição de uma maneira distinta. Dentre os modos pelos quais é possível verificar a ocorrência do fenômeno do estranho, uma delas é pela “repetição involuntária”, a estranheza frente à repetição de ocorrências semelhantes. Freud compreende essa repetição como efeito de uma poderosa pulsão que prevalece sobre o princípio do prazer. Tendo por apoio esta afirmação sobre a repetição como efeito de uma pulsão poderosa, constata-se que, na ocasião da escrita deste texto, Freud já estava na pista do que vem a desenvolver nos anos seguintes.

Em *Além do princípio do prazer* (1920/2006), a repetição presente nos sonhos da neurose traumática, na transferência de elementos difíceis na análise e no jogo da criança (*fort-da*), contradizem o princípio do prazer. A repetição passa a ter um lugar central para a teoria psicanalítica, ela serve como fundamento para explicar a pulsão de morte. Este foi um momento de corte para a psicanálise, pois a introdução do conceito de pulsão de morte introduz a dimensão de um limite ao prazer. A repetição, neste caso, não diz respeito a um elemento simbólico, mas à compulsão a repetir.

Pretendemos aproximar a repetição presente nas *perturbações da memória* da compulsão à repetição ligada à pulsão de morte. Isto porque a vemos comparecer em lugar da rememoração, a qual encontra, na radicalidade do quadro, um limite mais acentuado. Lacan (1964/2008) diferencia a repetição da rememoração; esclarece, ainda, a relação de oposição entre ambas. A repetição é impossível de saciar, ela está referida à noção freudiana de objeto perdido. Neste caso, não podemos toma-la por referência ao retorno do recalcado. Trata-se do próprio movimento da pulsão em busca do objeto que falta, mas esse encontro é sempre faltoso, já que o objeto é desde sempre perdido.

A rememoração pode ser aproximada de uma reprodução. Segundo Lacan (1964/2008), a função da repetição não se refere ao retorno do recalcado. O retorno tem relação com a rememoração, a qual avança até certo limite, o real: “Não há como confundir a repetição nem com o retorno dos signos, nem com a reprodução tal como na hipnose, nem com a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida” (p.59/60).

A rememoração é uma função da memória, promove a construção de narrativas pela enunciação e possui um aspecto de invenção, no sentido da ficção de si mesmo. No entanto, em

circunstâncias nas quais a possibilidade da enunciação torna-se problemática, a rememoração encontra uma impossibilidade. Nas *perturbações da memória* o esforço rememorativo encontra uma barreira e a repetição comparece aí, por articulação a esse real. Este aspecto da repetição em articulação ao real foi desenvolvido por Lacan (1964/2008) através do termo *tiquê*, em que se trata de uma repetição como encontro do real. No entanto, não desenvolveremos aqui esta concepção, o que faremos no capítulo seguinte. Introduzimos este ponto para indicar um limite da rememoração frente ao real. Limite da memória que já estava presente em Freud, e pode ser apreendido pela *Coisa, das Ding*.

1.6 - A *Coisa* freudiana e o limite da memória

A noção de *das Ding*, a ‘Coisa’, possibilita a abordagem da memória como lacunar e, neste sentido, esclarece o limite como dado de estrutura. No seminário sobre *A ética da Psicanálise, das Ding* é descrito como núcleo do real, sendo um elemento central e indicativo do estado de *spaltung* do sujeito. Duas importantes considerações podem ser apreendidas em *das Ding*: a falta de objeto como constitutiva e razão pela qual há um movimento desejante que anima o funcionamento psíquico; e *das Ding* como mais além do significante.

No *Projeto*, a ‘Coisa’ é introduzida como neurônio *a* para explicar o reconhecimento do objeto da ação específica. O neurônio *a* é articulado a outros dois neurônios, *b* e *c*, onde a articulação de *a+b* representa o investimento-desejo e de *a+c* o investimento-percepção. O neurônio *a* como elemento comum ao investimento-desejo e ao investimento-percepção, estabelecerá a diferença e ao mesmo tempo a semelhança parcial entre esses dois conjuntos. Assim, é uma espécie de constante em ambos os investimentos sem, no entanto, ser redutível a nenhum deles. O neurônio *a* será retomado em outros momentos ao longo do *Projeto* por articulação a uma “coisa” inassimilável, uma espécie de resto que permanece sem representação, sendo o componente irredutível da experiência de satisfação.

É através de outro semelhante que o processo de reconhecimento se dá: “Suponhamos que o objeto que compõe a percepção se pareça com o sujeito — *um outro ser humano*. [...] Por esse motivo, é em relação a seus semelhantes que o ser humano aprende a

conhecer” (Freud, 1895/2006 p.383). O complexo do próximo (*Nebenmensch*) é a primeira apreensão da realidade; esse semelhante foi ao mesmo tempo um objeto hostil, quando, por exemplo, emitiu um grito, e a “força auxiliar” que realizou a ação específica garantindo a satisfação. Para Lacan (1959-1960/2008), o *Nebenmensch* articula o à-parte (A Coisa - *das Ding*) e a similitude.

O complexo do próximo divide-se em dois componentes. Um deles pode ser compreendido por meio da atividade da memória, o outro promove uma impressão por sua estrutura constante e permanece coeso “como uma coisa” (Freud, 1895/2006, p. 384). Para Bastos (1999), esta coesão é singular, por se tratar da coerência de algo incomparável e que só pode ser definida por essa ausência de relação. De modo distinto dos demais neurônios, *a* não entra na associação de neurônios segundo os trilhamentos, o que demonstra um lugar extramnêmico.

As qualidades do objeto entram no investimento do sistema “*psi*”, constituindo as representações (*vorstellung*). São em torno dessas representações primitivas que se organizam as leis que comandam um movimento em direção ao prazer e ao afastamento da dor. *Das Ding* não diz respeito a isto, ele não participa da trama das *vorstellungen*, como elemento não assimilável à memória. Trata de um elemento separado da experiência do *Nebenmensch* como sendo estranho ao sujeito.

O *ding* como Fremde, estranho e podendo mesmo ser hostil num dado momento, em todo caso como o primeiro exterior, é em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito. É sem dúvida alguma um encaminhamento de controle, de referência, em relação ao mundo dos desejos (Lacan, 1959-1960/2008, p.67).

A indicação de Lacan concerne ao lugar de *das Ding* como Outro inesquecível, mas desde sempre perdido. O lugar de onde se forma a alucinação do objeto de satisfação é também onde, de modo inconsciente, ocorrem os processos orientados e dominados pela realidade. Trata-se do sujeito encontrar mais uma vez os caminhos da satisfação. Embora, no *Projeto*, a Coisa não ocupe um lugar de objeto faltante, mas sim um lugar de furo, ela é índice da falta de objeto no pensamento freudiano.

Das Ding permanece exterior à memória como coisa, como estranho, sem representação. No entanto, mesmo sem participar da cadeia significante, este elemento é responsável por ordenar a memória, uma vez que os trilhamentos dizem respeito às

experiências de prazer e desprazer que conduzem a uma via; ou seja, é baseado nessas experiências que se buscará reviver a satisfação pelas mesmas vias que antes conduziram a ela. No entanto, esta primeira satisfação mítica, este Outro inesquecível, está para sempre perdido. Isto inaugura uma repetição comandada pelo princípio do prazer que visa o reencontro do objeto, ou seja, mobiliza o desejo enquanto falta.

Mas esse objeto, em suma, nunca foi perdido, apesar de tratar-se essencialmente de reencontrá-lo. Nessa orientação em direção ao objeto, a regulação da trama, as *vorstellungen* atraem-se uma à outra segundo leis de uma organização de memória (Lacan, 1959-1960/2008, p. 74).

Conforme Lacan (Lacan, 1959-1960/2008), “o mundo freudiano” comporta que é *das Ding*, enquanto Outro absoluto do sujeito, que trata de reencontrar, mas que só é possível reencontrá-lo, no máximo, como saudade. Assim, como elemento faltante não é ele que se reencontra, mas suas coordenadas de prazer. Neste sentido, “*das Ding* deve ser identificado com o *Wiederzufinden*, tendência a reencontrar, que, para Freud, funda a orientação do sujeito humano em direção ao objeto” (p.68). A partir da articulação da Coisa à tendência a reencontrar, podemos estabelecer uma aproximação dela à repetição. Neste caso, não a repetição da cadeia significante, mas uma repetição que comporta o encontro faltoso.

Neste seminário, dedicado à ética, a abordagem do real por Lacan é feita por referência a *das Ding*. Como algo fora-do-significado, *das Ding*, demonstra sua natureza como ponto vazio da estrutura, o qual não se organiza pela referência significante. O real como *das Ding* é derradeiro, não se deixa simbolizar. Ao mesmo tempo, ele é constituído por um encontro com o significante e se coloca como limite deste, limite também da memória. Trata-se de um real fora do simbólico, mas que de algum modo depende deste registro, uma vez que é por este limite que podemos apreender algo da ordem do real. Neste sentido, ocupa um lugar de extimidade, de dentro e fora, de uma relação íntima, mas que não representa uma possibilidade de domínio do real pelo simbólico. Este lugar de extimidade é o lugar próprio de *das Ding* em relação à memória.

Tomaremos parte das elaborações de Bastos (1999) que propõe uma analogia entre *das Ding*, como um elemento extra-mnêmico, e o *caput mortuum* (cabeça morta) do significante. Este termo aparece na introdução do artigo sobre *A Carta Roubada*, publicado em 1955, e novamente nos *Escritos* (1966). Lacan (1955-1966), através do conto de Poe, busca demonstrar a insistência de algo que fica fora das séries numéricas. No seminário *A*

relação de objeto (1956-1957), Lacan retoma o *caput mortuum* e utiliza a palavra *odd*, já presente em nota de rodapé na introdução da *Carta roubada*. Esta não possui tradução no francês e é tomada da língua inglesa para designar uma série de signos não simétricos, uma série impossível. O *odd* se une à metáfora do *caput mortuum* indicando se tratar de um significante impossível ou “significante no real”. Em Bastos, o *caput mortuum* do significante demonstra um fora da memória e um limite à rememoração, podendo ser localizado no *Projeto*, pelo nome da Coisa, *das Ding*.

Ainda sobre a metáfora do *caput mortuum*: “Isso poderia representar um rudimento do percurso subjetivo mostrando que ele se funda na atualidade que tem, em seu presente, o futuro anterior” (Lacan, 1966, p.55). No intervalo desse passado, que ele já é no que se projeta, se abre um furo que constitui o *caput mortuum* do significante. Isso basta para deixá-lo suspenso na ausência, de modo que o obriga a repetir seu contorno. Rego (2005) comenta que o *caput mortuum* não é o significante, mas seu resíduo, o que parece indicar uma distinção entre letra e significante. É a letra que fica fora da cadeia, que não pode aparecer, mas é causa da insistência por meio da repetição.

A presença desta insistência no automatismo da repetição se articula a um mais além do simbólico. No sentido, deste significante impossível, significante no real, algo permanece fora da cadeia significante, como um resto não assimilável. Esta concepção se assemelha ao lugar de *das Ding* como fora da memória, constituindo um furo no simbólico a partir do qual se articula a repetição. Neste sentido, o sujeito aparece como um efeito da determinação pelo significante e, ao mesmo tempo, referido a algo que aí não se articula, mas que demonstra um real que se fixa pela letra.

1.7 - Vinheta clínica: Doença de Alzheimer e destino

Júlia⁴, de 70 anos, chegou a mim por meio de um encaminhamento de outro profissional da equipe do ambulatório de geriatria. Ela possuía diagnóstico fechado de Doença

⁴ Nome fictício.

de Alzheimer, o qual se caracteriza pela perda progressiva de funções da memória, da linguagem, e em estágios mais avançados o organismo como um todo sofre um declínio funcional, de modo que a autonomia é perdida e o paciente pode chegar a um estado de dependência total para realização de tarefas básicas. O curso da doença varia de acordo com o caso, há progressões mais rápidas e outras que não o são. Júlia, na ocasião de sua chegada, possuía quase todas as suas funções preservadas, exceto pelo aparente prejuízo da memória, o qual se fazia notar pelos lapsos e esquecimentos, assim como pelos episódios de confusão mental nos quais se perdia em lugares familiares ou não conseguia se localizar em determinada atividade costumeira.

Em sua primeira entrevista delimitou a questão sobre a qual gostaria de falar, seus esquecimentos. Estes eram atribuídos à Doença de Alzheimer, a qual acreditava ser um destino familiar já que seu pai e uma irmã a desenvolveram. A irmã residia com Júlia e encontrava-se em um estágio avançado da doença, de modo que não se comunicava ou realizava qualquer tarefa sem ajuda. A identificação ao pai, sobretudo a este significante “Doença de Alzheimer”, era problemática, pois se tornava difícil algum deslizamento de suas próprias questões, como seus esquecimentos, os quais puderam ser esclarecidos como efeito de sujeito em alguns momentos. Em uma das sessões, fala da proximidade de seu aniversário e de sua idade, pouco depois fica em silêncio e tenta retomar o assunto, mas não consegue dizer sua idade. Isto causa um ataque de risos e ela diz que “há coisas que prefere esquecer”.

Apesar de momentos de abertura ao trabalho analítico, como esse que descrevemos, Júlia parecia aderida ao diagnóstico, de modo que toda manifestação que julgava ser inadequada era atribuída a ele. No tempo de seu atendimento, de um ano e meio, não houve avanço em seu quadro, o que para a equipe de saúde era atribuído a uma boa resposta aos medicamentos e um bom ambiente familiar. Não desconsideramos esse aspecto, mas acreditamos que a possibilidade de falar sobre seus esquecimentos permitiu momentos de abertura nos quais a Doença de Alzheimer pode ser problematizada.

A repetição de determinadas cenas da vida infantil e de situações de sua vida atual eram frequentes, de modo que numa mesma sessão algo era recontado sem que isso promovesse qualquer incômodo de sua parte, como se não reconhecesse a repetição. Contudo, em muitos momentos dizia sentir pena da analista que ouvia sempre a mesma coisa. Se o esquecimento e a repetição que em seu lugar comparecia eram frutos da doença, em que

consistiam esses momentos de constatação de uma repetição em sua análise? Quando era estimulada pela analista a responder a partir de seus próprios significantes, Júlia respondia com alguma parcialização: “Eu esqueço tudo, um pouquinho”, ou “como não falo do mesmo jeito não é a mesma coisa”.

A partir das lembranças recontadas por ela, foi formulada a pergunta acerca do nexo entre as lembranças que se repetem e sua relação aos traços de memória que não se perdem, indicando uma repetição articulada ao registro simbólico com retorno de muitos elementos significantes. A repetição nas sessões promovia momentos de abertura ao trabalho, de modo que Júlia passa a estabelecer diferenças entre ela e sua irmã, como também de seu pai, demonstrando um esforço de separação de um destino: avançar rapidamente pelas fases da doença de Alzheimer e ficar “fora do ar”, tal como descreve a irmã.

Embora os efeitos de estar falando fossem constatáveis, a insistência dos sintomas como o esquecimento e algumas alterações comportamentais se seguiram. Não se pode desconsiderar o efeito de um diagnóstico sobre o sujeito. Já tivemos a possibilidade de problematizar essa questão pela indicação de que pode haver uma acoplagem aos significantes que tentam nomear o mal-estar. Para Júlia, muitas questões se colocaram a partir do diagnóstico recebido. Trata-se de uma doença cuja evolução é descrita pela ciência como inelutável, não há cura. É comum que a partir da definição diagnóstica, a família e o paciente comecem a receber uma série de informações e orientações, as quais, mesmo que sejam dadas com a melhor das intenções pela equipe de saúde, lança-os diante de um destino inexorável. Assim, antecipa-se um curso evolutivo o qual não sabemos como será para cada caso, e ainda apresenta um limite quase insuportável: O apagamento da memória e, com ele, a perda dos referenciais que representam o sujeito.

Durante grande parte da vida, Júlia atuou como professora, profissão da qual muito se orgulhava. Perguntava-se como poderia uma professora com excelente capacidade de memorização começar a esquecer “tudo”. Os esquecimentos começaram a dar lugar ao relato de uma série de perdas, a começar pela memória. Neste contexto, o tema da morte compareceu fortemente.

Inicialmente, pela perda do pai, o qual morreu aos 77 anos em decorrência de um processo avançado de Alzheimer. Começa a se questionar sobre o tempo que haverá para ela

própria, neste período não conseguia dizer sua idade. Após algumas repetições deste episódio, em diferentes sessões, certo dia se surpreende ao lembrar-se de sua idade e afirma não ter imaginado viver tanto. Por outro lado, essa dimensão de surpresa lhe remete a sua juventude quando se imaginava velha e pensava que seria uma “vovozinha de bengala”, muito diferente de sua imagem atual cuja vitalidade e certa jovialidade se fazem notar, apesar das incidências do tempo.

A morte da mãe comparece em seguida a essas questões. Ao retomar o lugar que sua mãe ocupava para ela, afasta-se um pouco do destino do pai. Pois sua mãe preservou muito vigor durante toda a vida e morreu aos 90 anos. A partir daí, sempre que volta ao assunto de sua própria idade, fala da morte do pai e da mãe, situando quantos anos tinha cada um deles na ocasião de suas mortes. Parecia buscar uma medida para si mesma nessa conta da vida, do tempo que lhe restava. O que segue a isso são projetos de viagens a Portugal e a Espanha, locais de origem, respectivamente, do pai e da mãe.

Da própria morte passa a falar da possibilidade de morte do esposo, que na ocasião se preparava para uma cirurgia. Pergunta-se como faria sem o marido já que ele é sua “agenda”; ele cuida dela e de seus compromissos. Júlia passa a buscar alternativas entre os filhos, de alguém com quem possa morar caso precise. Conclui que, em caso de necessidade, não ficaria “desamparada”, pois tem três filhos “ótimos” e um deles certamente a acolheria. Contudo, indica seu desejo de ficar com a filha do meio que, conforme pontua, “é a mais próxima e a que mais se preocupa” com ela.

O limite da existência se apresentou como tema central para Júlia, seja pelas perdas significativas - pai, mãe e uma irmã - como também pelo avançar de sua idade e do esposo, um companheiro de toda a vida. A morte como algo que não possui representação psíquica tem uma dimensão traumática, na medida em que ela sempre “pega de surpresa”. De modo que podemos tomar o limite da rememoração, em sua radicalidade, ou seja, para além do limite estrutural, como efeito desta experiência que evoca o trauma. A partir da análise de Júlia, se esclarece que a repetição, quando se apresenta como insistência da cadeia significativa, propicia o trabalho psíquico pela via do simbólico, o qual pode redimensionar o trágico em jogo na “perda” da memória.

Capítulo 2

Trauma e repetição

“Doravante as lembranças existem fugazes ou tenazes, fúteis ou opressivas, mas nada as reúne. São como essa grafia não ligada, feita de letras isoladas incapazes de se soldarem entre si para formar uma palavra⁵”.

Partimos da experiência clínica com idosos cujas queixas principais eram as aparentes falhas da memória para circunscrever a abordagem psicanalítica da questão. Assim, chegamos a estabelecer que a memória é um aparelho de inscrições e que ela comporta um limite próprio à estrutura do ser falante. A repetição foi destacada como algo muito presente nesta clínica onde as perturbações da memória se fazem notar.

Neste capítulo buscaremos compreender algo da especificidade de tais perturbações da memória e, para isso, articulamos a repetição ao trauma. As diferentes perdas na velhice podem ter valor de trauma. Elas trazem à cena dois pontos de impossíveis, no que tange à representação, a morte e o sexo. A repetição neste caso será pensada por relação ao real como encontro faltoso e que implica um além do princípio do prazer.

2.1 O real como trauma e a repetição

A repetição como efeito do trauma implica em um encontro faltoso, uma dimensão de limite que inclui a pulsão de morte. Conforme trabalhado no capítulo anterior, a repetição na pesquisa freudiana adquiriu um lugar diferenciado a partir da introdução da pulsão de morte. Foi pela constatação de uma repetição que apontava um além do princípio do prazer que Freud formula um novo dualismo pulsional. A repetição ganha um novo estatuto na análise, se antes ela era mais atribuída à resistência ao trabalho analítico, depois de 1920 passa a ter valor operativo.

⁵ Perce, G. (1975). W ou a memória da infância. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Em Lacan, a repetição encontra diferentes construções que acompanham a passagem de um momento a outro de sua elaboração teórica. Retomaremos a repetição conforme o Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008), no qual ela comparece como um dentre os conceitos centrais. Lacan propõe a articulação da repetição ao real como encontro faltoso diferenciando-a da repetição como retorno do recalado, sendo esta aquela que contém elementos significantes. Para tanto, lança mão de dois termos de Aristóteles em sua pesquisa sobre a causa - *Tiquê e Autômaton*. O real presente neste seminário é relativo ao trauma, denota o limite do registro simbólico, pois trata de um inassimilável sem representação possível. Neste sentido, formula que a análise mais do que qualquer outra práxis está orientada para o que, no cerne da experiência, constitui o núcleo do real.

O *autômaton* diz respeito ao automatismo da repetição, o qual Lacan aborda como sendo função significante. Se o sujeito é o sujeito da determinação significante, “podemos imaginar a rede sincrônica de tal modo que ela dê, na diacronia, efeitos preferenciais” (p.71). Neste sentido, é a estrutura mesma da rede de significantes que implica os retornos, ou seja, a repetição como *autômaton* fala da insistência da cadeia significante. De acordo com Freire (1997), Freud faz uma diferença entre a repetição como retorno de uma lembrança do passado da repetição enquanto compulsão à repetição. O *autômaton* seria esta primeira repetição, como fator irreduzível a uma intrusão do passado no presente: “Repetição que reduziria a diferença entre acontecimentos passados e presentes ao mesmo destino, segundo as regras do princípio do prazer” (Freire, 1997, pg. 185).

A repetição como *Tiquê* é da ordem de um encontro com o real que escapa à simbolização. O que está em jogo em *tiquê* é da ordem de um encontro com um real que escapa. A repetição como *tiquê* designa um encontro faltoso tal como se apresenta nos traumas, uma diferença pura que não se enlaça ao simbólico e a cadeia significante, o que significa que não se articula e não se situa nos jogos previstos do significante e do retorno do recalado. Lacan enfatiza que este encontro da *tiquê* é sempre encontro faltoso, sendo precisamente o que é chamado de trauma na obra freudiana, algo que se apresenta como inassimilável.

Lacan se interroga sobre a razão para a repetição ter aparecido, em Freud, a partir da neurose traumática. Qual seria sua função se ela não pode ser justificada pelo princípio do

prazer? Ao articular *tiquê* com a repetição, é possível responder algo sobre a função do real na repetição, e assim, incluir um além do princípio do prazer nela. O que se repete é algo que se produz como *tiquê*, como por acaso. Pontua que o real como um inassimilável na forma de trauma está presente desde a origem da experiência analítica, em sua origem o real comparece na aparência accidental. No processo primário está conservada a insistência do trauma.

A noção de trauma em Freud se refere ao componente quantitativo da pulsão. Para Freud (1920) o trauma é efeito de um excesso pulsional que irrompe no psiquismo, sem que a proteção psíquica seja ativada para fazer alguma barreira à grande quantidade de estímulos que adentram. Há um fator de surpresa no trauma, o qual não permite que a angústia, como sinal para a defesa, seja ativada. Permanece como um acontecimento não metabolizado pelo psiquismo e sem representação possível.

Freud descreve como traumática qualquer excitação provinda de fora, que seja poderosa o suficiente para atravessar o escudo protetor. Para ele, o trauma implica uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento energético e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis.

A questão do trauma também pode ser esclarecida em *Uma nota sobre o bloco mágico* (1925 [1924]/2006). A cobertura de celuloide e o papel encerado que ficam na superfície do brinquedo podem ser comparados à consciência e seu escudo protetor. A prancha de cera, camada mais profunda, sobre a qual a escrita constitui traços permanentes diz respeito aos traços mnêmicos constitutivos da memória e que permanecem de modo indelével no inconsciente. Freud enfatiza que, havendo uma escrita com demasiada força sobre o celuloide, duas coisas poderão ocorrer: A primeira seria uma união prolongada entre a camada externa e a intermediária do brinquedo. Neste caso a capacidade de recepção infinita de novos estímulos ficaria limitada. A segunda possibilidade é de romper uma das camadas externas ou ambas, havendo uma escrita direta e sem mediação do escudo de proteção sobre a prancha de cera, equivalente ao inconsciente. Isto significa que a impressão deixada tem valor de trauma pela maneira violenta e direta como a escrita se dá.

O excesso pulsional que ultrapassa o escudo protetor não se torna representação, não constitui em traço de memória, mas permanece como pulsão não vinculada. Freud coloca a questão: o que acontece com esses estímulos que adentraram o aparelho e como dominar as quantidades de estímulo que irromperam e vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar? Freud encontra nos sonhos de repetição do evento traumático a possibilidade de pensar o domínio do evento doloroso.

Esta repetição do trauma no sonho não se articula ao princípio do prazer, tampouco é compatível com a formulação de que o sonho é a realização do desejo. Freud admite não ser possível sustentar que haja uma força motivadora ligada ao prazer em jogo. Não há, nestes casos, como justificar a hipótese de uma compulsão à repetição que estaria referida ao princípio do prazer. Há algo de mais primitivo na compulsão à repetição neste caso, algo mais elementar do que o princípio de prazer que ela domina.

A partir da análise deste quadro sintomático, assim como do jogo *fort-da*, em que a criança repete a ausência da mãe, e da repetição de elementos dolorosos na transferência, formula um além do princípio do prazer. Uma pulsão de morte que busca um retorno ao inanimado e a qual a compulsão à repetição atua. A repetição nos sonhos da neurose traumática tem como função produzir angústia. O evento traumático não mobilizou a angústia para que esta ativasse a defesa contra o excesso de estímulos. Os sonhos em repetição consistem em um esforço de dominar o estímulo retrospectivamente através da produção de angústia. De acordo com Freud, esta é uma tarefa a ser realizada antes mesmo que a dominância do princípio do prazer comece. Esta elaboração responde também à questão de como se desvencilhar dos estímulos excessivos da vivência traumática. Através da produção repetida de angústia no sonho alguma defesa pode ser ativada e a pulsão livre se tornar vinculada a alguma representação.

No texto que estamos analisando, Freud (1920/2006) afirma que as manifestações da compulsão à repetição apresentam em alto grau um aspecto pulsional e que, atuando em oposição ao princípio do prazer, dão a aparência de alguma “força ‘demoníaca’ em ação”. Neste caso, diz Freud, o princípio do prazer parece servir à pulsão de morte. No que tange à neurose traumática, constata que seu quadro sintomático aproxima-se da histeria devido ao grande número de sintomas motores; no entanto, difere dela por possuir uma acentuada indisposição subjetiva comparada com a hipocondria e a melancolia. Conclui que se trata de

um quadro onde a debilidade e perturbação das capacidades mentais são maiores e mais abrangentes do que na histeria.

O fator quantitativo está muito presente no trauma e sua manifestação não parece ser da mesma ordem da organização sintomática da neurose histérica, o que nos permite deprender daí um efeito deste a “mais de pulsão” como evento corporal que está desarticulado da amarração simbólica. Mais adiante, buscaremos articular a manifestação corporal nas perturbações da memória como equivalente somático da angústia.

2.2 Luto e trauma

A ocorrência da perda de um objeto altamente investido possui valor de trauma. Conforme formulação de Lacan acerca das diferentes apresentações da falta, quando ela ocorre no registro real, é vivida como experiência de privação (1957-1958/1998). O luto em si é a perda do objeto investido, esta falta de objeto sentida como privação do mesmo. Por essa via podemos diferenciar o luto como experiência que coloca em jogo o real diante da ausência do objeto, e o trabalho de luto que mobiliza o simbólico em torno da perda.

Nem todas as pessoas enlutadas conseguem ultrapassar a dor da perda, fato que faz surgir a expressão “luto não elaborado”. No cotidiano da clínica interdisciplinar com “idosos”, a pergunta pelo quadro depressivo e déficits de memória muitas vezes é esclarecida como sendo parte de um ambiente de perdas, fazendo surgir para a equipe de saúde a hipótese de um “luto não elaborado”.

O luto, por tratar de uma vivência de privação diante da qual a falta se apresenta em sua face real, comporta um encontro faltoso. A experiência clínica nos esclarece que o tema da morte constitui uma das principais questões na velhice, particularmente nos casos onde as perturbações da memória se faziam notar. A morte, como severa indicação do limite à existência, seja pelo avançar da própria idade ou pela ocorrência de frequentes perdas significativas, promove um encontro com o real em sua face impossível, já que para a morte não há representação psíquica.

Freud (1917) afirma: “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (p. 250). A reação à perda de alguém que se ama é manifestada por um desânimo profundamente penoso, pela ausência de interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar e inibição das atividades. Estas respostas à ocorrência do luto podem ser aproximadas de algumas manifestações da neurose traumática. Como vimos anteriormente, Freud (1920) descreve como efeito do trauma a presença de certa debilidade ou perturbação das capacidades mentais. Estas podem ser comparadas a algumas reações ao luto, as quais, não raras vezes, são identificadas como quadros psicopatológicos pela medicina.

Freud aponta que, no luto, a internalização do objeto perdido pelo eu é fundamental para a retirada da libido desse objeto e seu deslocamento para outros objetos, posteriormente. No entanto, um segundo tempo, no qual a libido é retirada do eu e retorna à realidade, só é possível pelo trabalho psíquico de elaboração que busca significar e ultrapassar a perda do objeto. O primeiro tempo é a própria vivência do luto, sendo o segundo tempo àquele que se caracteriza pelo esforço elaborativo, isto é, o trabalho de luto. O retorno da libido à realidade vai sendo executado aos poucos, de maneira dolorosa, com enorme dispêndio de tempo e energia. Nesse processo de elaboração, a perda se instala em nível psíquico, de modo que, ao final de tudo, o eu é liberado para investir em outros objetos.

O ponto que aqui nos interessa é aquele no qual a perda de um objeto investido e amado se articula à questão do traumático. De acordo com Costa (2015), do ponto de vista da clínica não há uma homogeneidade naquilo que traumatiza. O que se denomina trauma é um evento que problematiza a subjetivação da falta. Esclarece que diferentes eventos produzem trauma, eles colocam em cena o que foi designado por Lacan como as duas muralhas do impossível, a relação com a morte e com o sexo. A morte, assim como a relação sexual, não cessa de não se escrever, real impossível: “Aí há uma impossibilidade. É também que nada pode dizê-la – não há dentro do dizer, existência da relação sexual” (Lacan, 1972-73/2008, p. 155). Podemos acrescentar, não há dentro do dizer existência da morte.

A dimensão traumática no luto pode ser agravada quando não se encontra balizas no laço social que promovam ou facilitem o trabalho de luto. Os ritos fúnebres e o tempo lógico, fundamentais ao trabalho do sujeito a partir da perda, se tornam escassos ou suprimidos pelas demandas sociais. Costa (2015) assinala que diante do trauma o sujeito não pode se situar

numa referência significativa, assim como não pode velar o real por meio da fantasia, de modo que não há endereçamento em sua fala porque a questão da constituição do sujeito no campo do Outro fica problematizada. De acordo com a autora, o trabalho da psicanálise neste caso é de entrada, no sentido de promover o trabalho de luto, e não de saída. Para isso, propõe que é preciso começar pela construção de um endereçamento, sendo apenas a partir daí que a perda pode ser reconhecida e um trabalho de luto iniciado.

2.3 “Pai, não vêes que estou queimando”?

No capítulo VII da *Interpretação dos sonhos* (1900-1901/2006), Freud introduz um sonho que parece contradizer a formulação do sonho como realização do desejo. As circunstâncias que antecederam o sonho em questão foram as seguintes: um pai com o filho enfermo e acamado permaneceu de vigília por vários dias à beira de seu leito. Após a morte do menino, o pai foi para o quarto próximo para descansar, deixando a porta aberta, de maneira a poder enxergar de seu quarto o aposento no qual se encontrava o corpo do filho, com velas ao seu redor. Um homem idoso foi designado para velar o corpo do menino enquanto seu pai descansava. Após algumas horas de sono, o pai sonhou que *seu filho estava ao lado de sua cama, que o tomou pelo braço e lhe sussurrou em tom de censura: “Pai, não vêes que estou queimando?”* O pai foi despertado por esse sonho e notou um clarão intenso no quarto onde seu filho era velado, correu até lá e constatou que o homem responsável por velar o corpo caíra no sono, e que a mortalha e um dos braços do menino tinham sido queimados por uma vela acesa que tombara sobre eles.

Freud (1900-1901) fornece uma leitura deste sonho na qual afirma que ele abrigou a realização de um desejo: “O filho morto comportou-se no sonho como vivo; ele próprio advertiu o pai, veio até sua cama e o segurou pelo braço” (p.542). Nossa leitura é que, neste caso, trata-se de um sonho de angústia cujo conteúdo é a realidade traumática. Encontramos em *Um estudo autobiográfico* (1925 [1924]) o esclarecimento da função do despertar no sonho de angústia, trata de algo cujo significado passa de modo claro no sonho, sem uma eficiente deformação onírica. Se o significado do sonho se torna claro demais, ocorre uma interrupção do sonho e um despertar angustiado. No sonho que estamos analisando vemos

passar a realidade faltosa sem nenhuma deformação do conteúdo sonhado, isso promove o despertar abrupto do pai. Por esta razão podemos considerar que se trata de um sonho de angústia que esclarece a realidade faltosa que articula o luto e o real como trauma.

Para Lacan (1964), a leitura de Freud sobre esse sonho não esclarece como a realidade faltosa, a morte do filho e o fogo, presentes na realidade, passam para o sonho e, mesmo sustentando que o sonho teve a função de prolongar o sono, o que vemos é que o pai é despertado. Lacan (1964/2008) se pergunta sobre o sonho: “Como pode o sonho, portador do desejo do sujeito, produzir o que faz ressurgir na repetição o trauma” (p.63)? Neste sonho há algo que parece pouco adequado à tese de Freud segundo a qual o sonho é a realização do desejo.

A frase dirigida ao pai, “não vês que estou queimando”, evoca para Lacan a pergunta: “não será que nessas palavras passa a realidade faltosa que causou a morte da criança”? São palavras que possuem valor de trauma. Lacan coloca como questão: “O sonho não é essencialmente a homenagem à realidade faltosa – realidade que não pode mais se dar a não ser repetindo-se infinitamente”?

A imagem de um filho morto pegando o pai pelo braço é uma visão atroz, diz Lacan, designa um “mais além” presente neste sonho: “Ninguém pode dizer o que seja a morte de um filho, senão um pai enquanto pai” (p. 63). Esclarece que o despertar revela o despertar da consciência do sujeito na representação do que se passou, isto é, o acidente no qual o corpo de seu filho morto pega fogo e não resta nada a fazer além de remediar, de acudir. Assevera que a frase a qual estamos retomando do relato do sonho é ela mesma uma “tocha”, a chama cega na medida em que o fogo pega no real.

O lugar desse real que comparece no sonho vai da dimensão traumática à fantasia. Esta, como nos ensina Lacan (1964/2008), é a tela que vela algo que está na origem, vela o que determina a função da repetição. A determinação em jogo é que explica a ambiguidade da função do despertar e da função do real nesse despertar. Acompanhamos com Lacan que, embora não haja dúvida que é do real irreduzível que esse sonho trata, o real está além do sonho, trata-se da falta de representação que o evento traumático comporta.

Para explicar esta falta de representação e aquilo que desta representação só existe enquanto lugar da falta, Lacan retoma o jogo *fort-da*. Nele, o que a criança representa com o

carretel que joga e puxa é a presença-ausência da mãe. Freud constatou que a ausência da mãe, sua ida, era mais enfatizada do que seu retorno. Há uma repetição colocada no *fort-da* que não se articula ao princípio do prazer. Trata-se da repetição da saída/ausência da mãe como causa da divisão, do estado de fenda, no sujeito. É preciso ressaltar que a repetição da ausência da mãe, enquanto dolorosa, indica a repetição de um real em jogo. No entanto, nos perguntamos qual a função de tal repetição. O jogo é, ele próprio, o lugar tenente da representação. A ausência materna só pode ter representação através da alternância evocada no jogo. A repetição, tanto no sonho traumático quanto na ênfase na ausência materna que lança a criança no trauma, possui a função de criar possibilidades de ultrapassar um evento para o qual não há possibilidade de representação psíquica. É pela produção de angústia na repetição que remonta ao trauma que alguma elaboração se faz possível, ela possibilita a passagem de uma experiência cuja falta se apresenta como privação para a falta subjetivada.

2.4 O trauma como impasse para a construção de narrativas

A impossibilidade de representação do trauma coloca em questão o impasse para construção de narrativas. Nas situações onde o luto permanece sem elaboração podemos acompanhar os efeitos que, não raras vezes, podem ser tomados como patologias do luto. Conforme discutido, uma das grandes problemáticas da velhice é a sucessão de perdas, nos mais diferentes níveis. Essa concomitância das perdas dificulta e pode inviabilizar o trabalho de luto. Isso porque uma perda é atualizada a cada nova situação semelhante, além disso, os laços sociais tornam-se cada vez mais escassos e frágeis.

A dimensão de algumas perdas faz surgir um buraco na história que não se pode contornar pelo simbólico, isso fala de algo irrepresentável que não pode ser apreendido pela palavra. *W ou a memória da infância*, de George Perec (1975/1995), nos ensina que a fala nem sempre implica em uma posição subjetiva. Este livro contém a tentativa de dizer uma experiência, que diante do trauma encontra a impossibilidade de uma amarração dos elementos da história própria. Os fragmentos da história são retomados a partir de alguns pontos da infância com profundo mal-estar, deixando entrever uma espécie de *não-lugar* na cena infantil.. Esta é uma característica comum à que encontramos nas perturbações da

memória: diante das perdas de referenciais que localizam o sujeito no campo do Outro, e que lhe confirmam como *este sou eu*, a rememoração implicada na construção de narrativas se esvanece. Restando poucas lembranças e relatos que se repetem nas sessões a partir de um elemento mínimo no discurso o qual não desliza na cadeia significante.

Ao tentar dizer algo de sua história, Perec extrai dela um elemento mínimo, a letra W a partir da qual constrói uma ficção. Seu esforço em constituir uma memória da infância encontra um impossível, todas as especulações feitas pelo autor não o levam a poder dizer: *essa foi minha infância*. A ancoragem nas falas de familiares e nas fotografias para dizer algo de si próprio denota um lugar que não é de um eu narrador, mas de uma espécie de espectador da cena.

Um aspecto interessante é que o livro foi escrito ao longo de mais de quinze anos, havendo um retorno aos textos mais antigos em tempo posterior. Há uma repetição de diversos elementos, nos textos iniciais há lacunas mais evidentes de datas e demais informações. À medida que reconta uma determinada cena ou debruça-se sobre a revisão das mesmas, novos elementos são acrescentados, ainda que isso possua apenas valor especulativo. A repetição, neste caso, possui um valor operativo. A partir da insistência de algo que não se escreve, Perec constitui uma escrita, através da qual empreende uma busca insistente de preencher de algum modo o enorme buraco de sua história. Ainda assim, o que acompanhamos é que falta algum enlace entre as imagens, fotos e relatos. O indizível na escrita diz respeito à perda dos pais: A mãe, morta em um campo de concentração, e o pai na guerra. Essas perdas irreparáveis e as circunstâncias impostas pela guerra são traumáticas. A impossibilidade de dizer algo dessas experiências deve-se ao fato de que a situação do trauma implica em uma espécie de rasgo na história, desse pedaço da história sem representação possível. Sobre esse impossível, Perec escreve:

Não sei se não tenho nada a dizer, sei que não digo nada; não sei se o que teria a dizer não é dito por ser indizível (o indizível não está escondido na escrita, é aquilo que muito antes a desencadeou); sei que o que digo é branco, é neutro, é signo de uma vez por todas de um aniquilamento de uma vez por todas (Perec, 1995, p.54).

Para enfatizar o indizível em sua escrita, o autor afirma não possuir nenhuma memória da infância. Para Costa (2016), essa falta de memória e de enlace não diz respeito ao esquecimento como recalque do infantil. O esquecimento infantil implica na construção de

um espaço moebiano *heimlich / unheimlich*, nele o sujeito pode passar de um a outro, uma vez que encontra-se enlaçado com o Outro em uma mesma falta. A autora afirma que na narrativa de Perec há uma ruptura impossível de assimilar. Esta memória impossível da infância não é passível de reconstituição pelo esforço rememorativo, pois o trauma em jogo faz furo na história.

O limite intransponível da memória diante do real no trauma impõe um lugar de *não-memória*, de furo naquilo que constitui as amarrações do sujeito em sua história. Esse é o ponto preciso de aproximação entre a repetição da letra W, como insistência de um elemento mínimo e a repetição dos mesmos elementos nos casos clínicos que aqui chamamos de “perturbações da memória”. A repetição contém um mutismo, pois nada fala do lugar do sujeito dividido. Esta repetição, no entanto, comporta um esforço de apropriação da experiência, e através da análise pode vir a encontrar um caminho para a reintrodução do sujeito na cena. Para que uma fala sem sujeito possa atestar o lugar da enunciação, onde o sujeito se represente em sua fala, é necessário um endereçamento ao Outro. O caso clínico apresentado em seguida atesta que o endereçamento ao analista é a via de abertura ao trabalho a partir do inconsciente.

2.5 Fragmento clínico: Trauma, repetição e estranheza

Antônio⁶ chegou à análise através de encaminhamento da equipe médica do ambulatório de geriatria. Na primeira sessão começou a localizar uma série de perdas significativas, entre elas a perda de laços familiares, a aposentadoria e a morte de um filho. Na ocasião desta última perda viveu uma espécie de colapso, com presença de sintomas depressivos e psicóticos que ganharam maior consistência e extensão, levando-o a uma internação psiquiátrica. O traumatismo provocado pela morte abrupta e violenta do filho não se abriu a um trabalho de luto, e os esquecimentos e demais falhas da memória começaram a surgir nesta época. No entanto, a localização das “falhas” de memória no período que se

⁶ Nome fictício.

seguiu à perda do filho não foi feita pelo paciente, que apenas em momento posterior da análise veio a fazer esta associação.

Nas primeiras entrevistas, a morte do filho e as circunstâncias da mesma eram repetidas a cada encontro, assim como os relatos de uma cirurgia de catarata e de um episódio da infância onde elementos em comum eram ouvidos pela analista, mas não eram associados por Antônio. O significante “maluco” surgiu na análise, pela primeira vez, por referência ao seu estado na ocasião da internação após a morte do filho. Nestes episódios de “maluquice”, se perdia e andava sem direção, chorava muito e ficava “nervoso”.

Quando foi encaminhado para a análise já era paciente do ambulatório de geriatria e a investigação de um possível quadro de demência estava em curso. No tempo da análise, a repetição de alguns episódios da infância e da juventude era muito presente, em algumas sessões uma mesma história era contada várias vezes sem o acréscimo de novos elementos. Muitos esquecimentos eram relatados por ele, alguns mais radicais, como o esquecimento do ano, do dia, de sua idade, da referência de familiares próximos. Buscava-se assinalar para o paciente a relevância da insistência de alguns conteúdos, embora outros fossem esquecidos; de modo que, com o passar do tempo, foi possível estabelecer conexões entre algumas lembranças e a razão da insistência das mesmas.

Os esquecimentos e episódios de desorientação temporal, espacial e autopsíquica se agravaram. Começou a apresentar uma queixa de “confusão na cabeça”, seguida por quadro importante de angústia acompanhado por efeitos corporais, sobretudo agitação motora, assim como sensação de profundo desânimo e de aproximação da morte. O que seguia era uma prostração e isolamento, com frequentes ataques violentos aos familiares e vizinhos quando contrariado.

Apesar da presença dos esquecimentos e dos aparentes prejuízos de memória, nem tudo dizia respeito à precariedade, já que muitas lembranças infantis eram relatadas, interesses eram retomados e havia um reconhecimento do espaço da análise, da função da mesma e do lugar ocupado pela analista. No que diz respeito ao lugar da analista, parece significativo esclarecer: fora do horário da análise, em momentos em que algum encontro no espaço institucional se dava ao acaso, Antônio não conseguia reconhecê-la.

Quanto aos episódios de mal-estar que fizemos referência através da queixa recorrente de uma “confusão na cabeça”, esses relatos não se abriam à leitura, apenas eram rodeados pela insistente descrição do mesmo e do sentimento de inadequação que despertavam. Com o avançar do tempo da análise, foi possível que a analista insistisse na pergunta pelo que estava em jogo na repetição desse mal-estar, assim como indicar, pela via da aposta, a frequência com que este relato era seguido ao da morte de seu filho. Aos poucos, Antônio demonstrou um esforço de compreender. Estes episódios abriram-se à associação ao significante “nervosismo”, o qual sempre esteve presente, aparecendo referido a um traço da família paterna - seu avô e pai eram “nervosos”.

Em determinado momento da análise, após duas faltas consecutivas, Antônio chegou à sessão relatando um sonho com a analista. Este sonho, no qual se perguntava se era por ela reconhecido, informava sobre a transferência. O nome da analista nunca havia sido pronunciado por Antônio, como se não houvesse registro do mesmo. Nesta sessão, contudo, dirigiu a pergunta para a analista indagando seu nome. Esta equivocou a pergunta, ao que Antônio conseguiu dizer o nome de sua analista e concluir que já sabia.

Quando retornou, após outra falta, queixou-se novamente do episódio de confusão na cabeça. A analista apostou que algum elemento novo pudesse se colocar e perguntou quando começaram tais episódios. Antônio respondeu que sua cabeça estava confusa “desde que perdeu seu filho, morto num acidente de carro”. As histórias recontadas tantas vezes nas sessões deram lugar a um elemento novo, ele fez uma associação entre a perda de um filho muito amado e os episódios, cada vez mais frequentes, de esquecimentos e confusões. A sequência dessas sessões foi muito interessante, pois foi a partir das indicações de alguma localização transferencial que um elemento novo pode ser introduzido numa repetição que parecia não se abrir à associação. É relevante assinalar ainda que foi a partir do intervalo forçado pelas faltas à sessão, que alguma referência à perda enquanto falta que põe em jogo a castração se deu. Se antes a dimensão traumática que colocava em causa a dimensão real da perda, como privação, problematizava a possibilidade de contorno do real e trabalho de luto, a partir da passagem à realidade faltosa como dado de estrutura enuncia-se uma abertura possível ao trabalho a partir da perda.

Apesar desse importante momento de abertura ao trabalho, a sequência da análise foi de um novo fechamento à associação com intensificação da repetição e dos esquecimentos. O

inconsciente, através de suas manifestações, alterna os movimentos de abertura e fechamento. No caso de Antônio, o fechamento em torno da repetição e das afetações da memória era muito particular, demonstrando uma radicalidade que o fazia andar no limite entre a sanidade e a loucura. A falta de palavras, as respostas desconexas e o agravamento do caso, tudo isso falava de um limite ao avanço do trabalho analítico. Esse limite tão marcado interrogava a função da escuta e o manejo possível do caso.

Após dois anos e meio de análise, a mesma foi interrompida devido ao término da permanência da analista na instituição. O anúncio dessa interrupção não pareceu ser bem compreendido por Antônio, a cada vez que o assunto era abordado o recebia com novidade e pesar. O tempo da análise se revelou necessário para construção de um endereçamento à analista, a partir do qual algum trabalho foi possível.

A escassez dos elementos da história própria, muitas vezes associados às aparentes falhas nos processos de memória, pode ser esclarecida como decorrente da vivência traumática. A repetição que a ela se associava promovia o aparecimento da angústia com seus equivalentes somáticos. Conforme acompanhamos ao longo do capítulo, no trauma a problemática que se instala deve-se a não ativação da angústia frente à irrupção repentina do evento traumático. Este permanece como elemento não processado, diante do qual não se erigiu as defesas psíquicas. A repetição dos elementos traumáticos denota uma tentativa de domínio, para posterior elaboração, através da produção de angústia.

2.6 A angústia frente às perdas e a entrada do *Unheimlich*

No caso de Antonio, as perturbações da memória muitas vezes eram acompanhadas pelo sentimento de estranheza e inadequação, em circunstâncias permeadas por grande angústia. No que diz respeito ao contexto do luto, acontecimentos enigmáticos são frequentemente relatados na clínica. Como uma idosa atendida que dizia ouvir a tosse do esposo morto, assim como casos em que a perda do ser amado leva alguém a perder-se em ambientes familiares. Essas situações muitas vezes caminham juntas às perturbações da memória.

Freud (1919) utiliza o termo em alemão, “*Unheimlich*”, para designar o estranho. Através de um minucioso estudo da palavra *heimlich*, assevera a ambivalência do seu significado *que* coincide com seu oposto, *unheimlich* (não familiar, estranho, assustador). Formula que “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e a muito familiar” (p.87). O familiar, em algumas circunstâncias, pode se tornar estranho e assustador, *unheimlich*. Na experiência do *unheimlich*, a posição identificatória do sujeito vacila e o próprio eu parece estranho.

Lacan (1962-1963/2005) assevera que *Heim* encontra seu sentido na experiência humana pela tradução *casa do homem*: “O homem encontra sua casa num ponto situado no Outro para além da imagem de que somos feitos”. (p.58). O *unheimlich* revela a ausência em que estamos, falta no Outro um significante que possa nomear seu desejo. A imagem especular vacila transformando-se em duplo e o que aparece é o lugar vazio. Lugar que nos faz aparecer como objeto.

As perdas comuns ao avançar da idade confrontam o sujeito com o tema da morte. Além desse aspecto, na velhice ocorrem perdas no corpo acometido pelo avançar da idade e perdas de laços sociais, exemplificados pela aposentadoria, pelas dificuldades impostas diante das limitações do corpo, além das mortes que circundam o idoso. São pontos de tensão que podem desestabilizar a imagem especular, uma vez que fazem vacilar a pergunta do sujeito acerca de seu lugar no desejo do Outro. O idoso sente-se obsoleto, inadequado, resto. Em “Nossa atitude para com a morte”, Freud (1915/1996) assegura que em nosso inconsciente cada um está convencido de sua imortalidade, isso porque não possuímos representação da morte. No entanto, em algumas situações essa certeza se esvanece. Segundo Castilho (2011), “é o que ocorre frente a uma perda valiosa - mas também em acontecimentos com valor de trauma que nos confrontem com a própria finitude” (p. 47). Nessa direção, a velhice quando confrontada com o espelho equivoca a certeza de que o velho é sempre o outro.

Há dois relatos autobiográficos de Freud dignos de serem retomados porque fazem convergir o tema da angústia e do fenômeno do estranho. O primeiro deles é descrito na carta escrita para Romain Rolland, publicada com o título *Uma perturbação da lembrança na Acrópole*, onde Freud (1936/2006) faz menção a um sentimento de estranheza experimentado ao visitar a Acrópole e constatar sua existência real. Este episódio ocorreu em 1904 durante uma viagem na qual era acompanhado por seu irmão mais novo. Na ocasião estavam em

Trieste e pretendiam ir até a ilha Corfu, mas encontraram um conhecido que os advertiu sobre a elevada temperatura do lugar naquela época do ano e sugeriu que pegassem um navio para Atenas. Freud comenta que ele e o irmão encontraram algumas dificuldades em realizar a viagem para Atenas.

Ao encontrar-se de pé frente a Acrópole veio-lhe um pensamento: “Então efetivamente existe tudo isso como aprendemos na escola”? (p. 13). Ao longo do texto busca situar algo em torno do “sentimento de estranheza” experimentado e formula: “São fenômenos muito singulares [...] observados em duas formas diferentes: ou bem um pedaço da realidade nos parece estranho, ou bem um pedaço do próprio eu” (p. 19). Freud utiliza a expressão “perturbação da lembrança” para designar o efeito da vivência estranha, nela acontece algo semelhante ao impedimento do processo da lembrança, como se houvesse uma perda momentânea da realidade. Esse episódio é acompanhado por muita angústia e produz um efeito significativo em Freud, tanto que o relato do mesmo acontece muitos anos depois, deixando entrever seu valor enigmático.

O segundo relato autobiográfico encontra-se no texto *O Estranho* (1919/2006). Freud o utiliza como exemplo para tratar da ocorrência do duplo relacionado ao não reconhecimento da imagem própria, que pode acontecer em circunstâncias nas quais o reflexo da imagem própria se apresenta de modo espontâneo e inesperado. O duplo, em sua análise, é encontrado no homem primitivo e no narcisismo primário, nos dois casos como consequência do amor próprio ilimitado e funcionando como garantia de imortalidade. Contudo, quando esta fase é superada, a ocorrência do duplo tem um valor inverso, torna-se anunciador da morte. Antes de comentarmos este aspecto, vamos à experiência compartilhada por Freud:

Estava eu sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento que o habitual, fez girar a porta do toailete anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toailete, que ficava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para meu espanto, que o intruso era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com sua aparência (1919, p.265).

Se o velho é sempre o outro, a imagem no espelho revela as mudanças inexoráveis do corpo submetido à ação do tempo. Nessa linha, a velhice como um sinal do avançar da idade e indicação da finitude pode propiciar experiências estranhas semelhantes à de Freud, onde o

duplo faz vezes de anunciador da morte. Para Castilho (2011), esse episódio é valioso ao que faz aparecer algo do velho decrépito, deixando entrever, através de frestas, “a condição de resto, sem valor, tão frequentemente vivenciada pelos idosos e relatada em análise” (p. 63). Acreditamos que essa particularidade de alguns casos faz barreira à possibilidade de localizar o lugar da falta em uma perda significativa. Isso porque há uma dificuldade bem marcada em situar-se no lugar de causa de desejo para o Outro que se perdeu, o que faz obstáculo ao trabalho de luto.

A perda do objeto, experimentada no eu como privação, é um ponto que permite-nos articular a angústia e o *unheimlich* naquilo que tocam o campo do objeto ⁷*a* e do desejo do Outro. No Seminário *A angustia*, Lacan nomeia o objeto de que se trata na psicanálise de objeto *a*. A noção de objeto sempre esteve presente desde Freud, objeto perdido que como tal sustenta o desejo do sujeito, como sendo sempre desejo de outra coisa. O objeto *a* tem a estrutura de corte, no sentido de que ele só possui função por ser passível de ser destacado do corpo, por ser perdido. O significante ao barrar o Outro faz corte, desta operação de divisão o objeto *a* é resto que cai do Outro. Para Costa-Moura & Costa-Moura (2011), a incidência desse corte para o sujeito, que Lacan chamou *pathos*, destaca a dramaticidade do corte significante. O objeto *a* intervém na constituição da economia libidinal do sujeito, numa incorrência que nunca é pacífica, mas sim perturbadora. Sendo a angústia, a manifestação mais gritante, “sinal da intervenção desse objeto *a* no campo do sujeito” (p.228).

De acordo com Castilho (2013), é possível localizar a angústia como indicativa da aproximação máxima do sujeito ao desejo do Outro, sendo a fantasia aquilo que promove uma proteção do sujeito em relação a esse desejo. Esse desejo, contudo, não pode ser nomeado, o que localiza a falta no Outro. É em torno da opacidade desse desejo e neste lugar, conforme sinaliza Castilho, que em certos momentos irrompe o fenômeno do *Unheimlich*. A noção, em Freud, de que a angústia tem como função sinalizar um perigo para o eu, precisa ser retomada para localizarmos, em Lacan, a natureza desse perigo que toca tanto a questão da angústia quanto do *unheimlich*.

⁷ O conceito de objeto *a* no ensino de Lacan tem um desenvolvimento extenso, que não poderá ser aqui contemplado. Buscamos abordar apenas alguns pontos da teoria que permitem a articulação que aqui nos interessa, isto é, naquilo que toca o tema da angústia e do *unheimlich*.

Em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926 [1925]/2006), o eu é descrito como sede da angústia, dele surge a ativação da mesma como sinal para algum perigo. A angústia se incorpora como precipitado das primeiras experiências traumáticas; na ocorrência de uma situação semelhante em qualquer tempo da vida ela é ativada como símbolo mnêmico. O perigo diante do qual surge a angústia, para Freud, é a ameaça de castração. Esclarece esse ponto pelo retorno aos casos do “pequeno Hans” e do “Homem dos lobos”. Sua leitura é de que as ideias contidas na angústia de ambos, ser mordido por um cavalo e ser devorado por um lobo, eram substitutas da ideia de serem castrados pelo pai que fora recalcada.

Freud aborda outras circunstâncias análogas à castração, a separação de objetos que implica em perda e o medo da morte. A experiência diária de expulsão das fezes, separadas do corpo, e o desmame que leva à perda do seio. Quanto ao medo da morte, a situação supostamente temida pelo eu é de ser abandonado pelo supereu aos poderes do destino, o que deixaria o eu sem defesa contra os perigos que o cercam. Afinal, não é possível utilizar a angústia como sinal quando se lida com algo como o destino, o qual sempre nos pega de surpresa e tem valor de determinação para o sujeito.

A partir de algumas manifestações de angústia nas crianças, como o medo de estranhos e o medo do escuro, Freud localiza uma condição única para as mesmas, a criança “sente falta de alguém que é amado e de quem se sente saudade” (p.135). Para Freud essa constatação concilia todas as dificuldades em definir a angústia e o perigo que ela sinaliza.

Aqui a angústia aparece como uma reação à perda sentida do objeto e lembramo-nos de imediato do fato de que também a angústia de castração constitui o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso, e de que a mais antiga angústia— a ‘angústia primeva’ do nascimento — ocorre por ocasião de uma separação da mãe (p.135).

Inicialmente, a situação de perigo é a perda da mãe como objeto e posteriormente a ameaça de castração na fase fálica. A próxima mudança implica o supereu: o perigo de castração se torna pouco definido e a angústia de castração se desenvolve em angústia moral. Essa angústia social ocorre em função do eu julgar como perigo a possibilidade de punição do supereu ou perda de seu amor. Freud considera que a transformação final pela qual passa o medo do supereu é o medo da morte.

Freud retoma a indagação do que constitui o perigo nas *Observações suplementares sobre a angústia* (1925-1926), onde diferencia um perigo real cuja ameaça provém de um

objeto externo e um perigo neurótico no qual a ameaça se dá a partir de uma exigência pulsional. Duas afirmações importantes sobre a angústia são feitas aqui: a angústia tem relação com a expectativa, possui a qualidade de ser indefinida e de faltar um objeto. Essas duas características possuem origens distintas, a expectativa é pertencente à situação de perigo, enquanto a falta de objeto e a indefinição da angústia são relacionadas com a situação traumática de desamparo.

Para Lacan (1962-1963), a angústia é da ordem da presentificação do objeto como resto inassimilável. A noção de indeterminação da angústia e falta de objeto é retomada por ele, que afirma ser preciso tomar o conjunto do texto freudiano para perceber que a característica da angústia de ser sem objeto não pode ser conservada: “O próprio Freud diz: Angústia diante de algo” (p.176). Já o perigo diante do qual a angústia sinaliza é “da ordem da irreduzibilidade do real” (p.178). Ao que acrescenta: “Por isso, a formulação de que a angústia, dentre todos os sinais é aquele que não engana” (p.178).

O objeto *a* é o que sobra da operação da divisão do sujeito, sendo análogo ao objeto perdido. É com ele que se lida tanto na angústia quanto no desejo. Contudo, em tempos diferentes. O *a* como objeto perdido está presente na angústia em um momento intermediário da operação da divisão, como objeto que cai do Outro, que se separa do Outro, permanecendo como resto inassimilável. A função do objeto como causa de desejo é posterior, já implica um sujeito dividido para quem o objeto está perdido e é razão da falta estrutural que condiciona o desejo.

A irreduzibilidade do objeto *a* é da ordem de uma imagem impossível, tal como a imagem dos olhos arrancados por Édipo ao descobrir que cumprira o destino descrito pelo oráculo: matar seu pai e desposar sua mãe. A angústia não está no ato de arrancar os olhos, mas na visão impossível dos olhos separados das órbitas como um monte de dejetos no chão. Essa imagem fala de algo fora dos limites, da ordem de um real irreduzível e inassimilável, que mobiliza a angústia. Na angústia o objeto *a* se apresenta em sua face real, como objeto que resta.

Para Lacan (1962-1963) os elementos amboceptores, como o seio e a placenta, são igualmente irreduzíveis à divisão. O seio e a placenta não pertencem à mãe e nem à criança, mas fazem elo, se interpõem entre ambos. Assim, interroga: de que lado está o seio, do lado

de quem suga ou de quem é sugado? Lacan esclarece que o termo amboceptor visa enfatizar tanto a relação do sujeito materno com o seio quanto à relação do lactente com o seio, e que há nisso um corte que opera a separação, mas que este não se dá para os dois do mesmo lugar. Do lado da criança o corte do cordão umbilical e, para a mãe, o corte situa-se na queda da placenta. Na operação da divisão subjetiva, o objeto *a*, como resto da mesma, representa algo que cai do Outro não barrado e também algo que assinala uma falta no sujeito. O objeto *a* se interpõe entre o Outro, barrado após a operação, e o sujeito.

A distinção entre angústia como fenômeno e como lugar estrutural, segundo Castilho (2011), é fundamental para esclarecer a importância da angústia como operadora na clínica psicanalítica. Demarca a distinção feita por Lacan, por um lado, do nexos entre angústia e situação de perigo e, por outro lado, da angústia como função e o desamparo primordial que tem como protótipo o trauma do nascimento. O momento da função da angústia é logicamente anterior à queda do objeto. Assim, é possível situar um viés da angústia que, de acordo com Castilho (*Idem*), embora seja passível de tradução no plano do fenômeno, toca um ponto estrutural entre o sujeito e o Outro. Com isso, o desamparo primordial implica a castração no Outro e revela a posição mediana da angústia entre gozo e desejo, como assevera Lacan (1962). Na clínica, a angústia possui valor operativo justamente por localizar, no plano da estrutura, a falta de um significante para o desejo do Outro, isso possibilita que o sujeito adentre no nível da castração.

Tomando a repetição, muitas vezes associada a episódios de estranheza, é possível estabelecer algum nexos entre ambos. Neste caso, conforme propõe Castilho (2011), a conexão do *Unheimlich* com a compulsão à repetição situa melhor as questões formuladas por Freud a partir de 1920, com a conceituação da pulsão de morte. Elas dizem respeito aos impasses e ao limite encontrado no trabalho analítico. Freud depara-se com um ponto a partir do qual não se consegue avançar, constata um resto pulsional inassimilável ao princípio do prazer.

Capítulo 3

AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO DISPOSITIVO ANALÍTICO

[..[o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista⁸ [..]

Finalizamos o último capítulo indicando o ponto de limite do trabalho analítico como próprio ao limite do significante frente ao real. Contudo, há clínicas que comportam uma radicalidade que acentua a dimensão de limite diante do qual a análise se defronta. Não pretendemos com essa afirmação indicar uma limitação da análise nesses casos, não se trata de dizer que só é possível avançar até determinado ponto. Cada análise é única e uma não ensina sobre a outra. Enfatizar a radicalidade em jogo nessas clínicas nos possibilita uma reflexão sobre a especificidade do trabalho, o que denota, em primeiro lugar, a função do analista implicado por seu desejo em promover a abertura ao inconsciente.

Trazendo a questão para a particularidade da clínica sobre a qual nos debruçamos, cabe demarcar que o contexto das análises é perpassado pelo discurso da saúde pública, uma vez que os atendimentos aconteciam no interior de um ambulatório multidisciplinar de saúde do idoso. Fato que adiciona uma dificuldade ao manejo dos casos, pois muitas vezes o ambiente institucional invade a análise, sobretudo, pautado na prerrogativa de um trabalho de equipe. Outra problemática que localizamos é a maneira como os discursos, superpostos na área da saúde, nomeiam a velhice e suas particularidades.

⁸ Lacan, J. (1964). O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, p. 229, 2008.

3.1 A abordagem da velhice e o lugar da memória na atualidade

O tempo atual, marcado pela fluidez das relações e das informações, exige uma posição subjetiva sempre aberta à novidade. Essa imposição do novo exige permanente atualização. Nessa conjuntura, a memória ocupa um lugar de evidência, como função cognitiva importante e exigida num tempo que se dilui rapidamente. A demanda de assimilação ao novo e adaptação ao tempo fluido, com pouco espaço para intervalos, coloca em xeque a possibilidade de resposta da memória. Diante da velocidade dos acontecimentos a experiência pode não ser validada, porque isso implicaria em um intervalo mínimo de tempo, inaugurando uma barreira contra a retenção e atualização da experiência.

No livro *O mal-estar da pós-modernidade*, Zigmund Bauman (1998) discute a premência pela novidade que torna obsoleto aquilo que tem uma permanência maior no tempo. Desenvolve a ideia de que em todos os tempos históricos as sociedades impõem um ideal de pureza, trata-se de “uma visão da condição que ainda precisa ser criada, ou da que precisa ser diligentemente protegida contra as disparidades genuínas ou imaginadas” (p.13). O puro é aquilo que está de acordo com o ideal de uma sociedade, tudo que não corresponde ao ideal é tido como sujeira a ser repelida.

Na pós-modernidade a tendência é a valorização e busca permanente de novas experiências. Sobre homens e mulheres pós- modernos afirma: “Acham a infixidez de sua situação suficientemente atrativa para prevalecer sobre a aflição da incerteza” (p.23). Isso significa que há uma troca, da segurança oferecida pela ancoragem em um projeto de vida longínquo pela permanente busca de prazer advindo com as novas experiências. “Deleitam-se na busca de novas e ainda não apreciadas experiências, são de bom grado seduzidos pelas propostas de aventura e, de um modo geral, a qualquer fixidez de compromisso, preferem ter opções abertas” (p.23). Essa posição frente à vida é incitada e reforçada pela lógica de mercado, que visa manter a procura por mercadorias permanentemente insatisfeita. Esse modo de operar do mercado previne qualquer calcificação dos hábitos adquiridos e promove a busca permanente dos consumidores por novas sensações e experiências.

Para Bauman, há um teste de pureza que precisa ser transposto por aqueles que buscam serem admitidos pela lógica da pós-modernidade:

Tem de mostrar-se capaz de ser seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor, de se regozijar com a sorte de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência. Nem todos podem passar nessa prova. Aqueles que não podem são a sujeira da pureza pós moderna” (p.23).

A velhice, marcada pelo advento da aposentadoria e pela possibilidade de perdas corporais que limitam a força de trabalho, é atravessada pela redução da renda e, por conseguinte, pela diminuição do poder de compra. Além desse aspecto, o mal-estar gerado pelas modificações corporais e perda de laços sociais, que se sobrepõem, fazem alguma barreira à disposição para novas experiências. O velho se torna menos propenso a responder a demanda de consumo e assimilação das novidades. Como não se encaixa na lógica que rege a pós-modernidade, a velhice compõe o quadro dentre aqueles que são a “sujeira” social.

A construção da categoria social “idoso”, como forma de homogeneizar a experiência da velhice, torna-a mais facilmente capturada pelo mercado de consumo. Isso porque a partir daí uma nova concepção de velhice começa a se delinear. De acordo com Debert (2012)⁹, a visibilidade alcançada pela velhice após sua categorização aponta para um duplo movimento que acompanha sua transformação em uma preocupação social. Por um lado, acontece a progressiva gestão da velhice, passando do plano privado e familiar para o âmbito público. O efeito dessa gestão é o surgimento de um conjunto de orientações e intervenções sobre o processo de envelhecimento, definidas e implementadas pelo Estado, tanto no âmbito da saúde quanto no jurídico.

Por outro lado, nesse movimento de socialização, ocorre simultaneamente o que Debert nomeia de “reprivatização” da velhice. Isso implica na imputação de responsabilidade individual pelo envelhecimento bom ou ruim, isto é, numa velhice ativa e saudável ou no envelhecimento decrépito. A responsabilização individual pode fazer desaparecer a preocupação social em torno do tema. O duplo movimento, então, é contraditório e faz surgir uma dicotomização da experiência frente à velhice. A velhice prescrita pelos diferentes saberes, implica em uma vida ativa, com busca de novas experiências e inserção em atividades, boa alimentação, exercícios, etc. Do outro lado, fica a velhice decrépita, do adoecimento, do isolamento, da perda de laços, da redução da autonomia. Esta última é

⁹ Sempre que nos referirmos a Debert, neste capítulo, estaremos fazendo menção ao livro *A reinvenção da velhice* (2012).

marcada pela suposta fragilidade e, mais frequentemente, a ela se destina as interferências jurídicas no âmbito público e privado, em nome da proteção e garantia de direitos do idoso.

Ocorre uma revisão dos estereótipos associados à velhice. Essas novas imagens convergem com aquilo que denominei “velhice prescrita”. Para Debert, a ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos favoráveis para novas conquistas voltadas para busca do prazer e da satisfação pessoal. Essa mudança na imagem social da velhice reflete na formulação de políticas públicas específicas e na crescente judiscialização do envelhecimento. Embasadas na imagem da velhice ativa e saudável, as ações no âmbito da saúde pública são cada vez mais prescritivas. As campanhas de educação em saúde, associando uma velhice saudável e desejável à prática de atividades físicas, alimentação saudável, além de uma série de recomendações, é o que está na ordem do dia. Com isso, surgem espaços de atividades voltados aos idosos, como também surge um mercado novo para esse público.

O sucesso dessas iniciativas, conforme esclarece Debert, “é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com a velhice avançada” (p15). Assim, a velhice que expõe o real do corpo frente ao passar do tempo, com suas marcas e limitações mais características, se torna incômoda e atribuída à responsabilidade individual. Essas situações passam a serem vistas como efeito da falta de envolvimento em atividades motivadoras e ditas adequadas ao bom envelhecimento.

A gerontologia, como novo campo de saber sobre o processo do envelhecimento, contribui para a mudança na imagem do idoso. Para Debert, a gerontologia, compondo o quadro dos experts do envelhecimento, é uma dentre os agentes da reprivatização da velhice. Isso porque fazem coro com as novas formas de gestão da velhice. O que a autora define como gestão da velhice pelo mercado de consumo é o surgimento de áreas até então não mercantilizadas. A mercantilização da qual se refere diz respeito aos procedimentos e técnicas modernas que visam estratégias instrumentais para combater a deterioração advinda com a velhice, o que não está dissociado da noção de que o corpo é um veículo do prazer e da autoexpressão. Nessa concepção, há uma valorização do novo em detrimento do velho, assim como, preconiza-se a disposição para novas experiências sempre perpassadas pelo mercado de consumo.

O discurso da geriatria, como especialidade médica voltada aos idosos, e da gerontologia, convergem na medida em que ambos se tornam agentes ativos na proposta de determinadas práticas, crenças e atitudes que buscam a eterna juventude como um bem a ser conquistado. Debert acentua que, a gerontologia como campo de saber, surge a partir do empenho em transformar a velhice em questão política e em propor práticas que promovam um envelhecimento bem-sucedido. O silêncio em torno da velhice no Brasil, relegada a esfera privada, é denunciado a partir da organização de quatro elementos, ainda muito presentes no discurso dos saberes que se ocupam do envelhecimento. O primeiro deles é a discussão em torno do aumento crescente da população “idosa” que exigirá maiores gastos públicos para atender suas demandas. Outro aspecto elencado por ela é a crítica ao capitalismo e a forma selvagem como o sistema econômico se impõe aos velhos, estes por não constituírem mão de obra apta ao trabalho são desvalorizados e abandonados pelo Estado. O terceiro ponto refere-se à cultura brasileira no que tange a valorização do novo, tornando o velho obsoleto. Por último, a mudança na estrutura das famílias extensas cada vez mais raras que junto ao abandono do Estado, tornam a situação dos “idosos” de grande vulnerabilidade. Esses elementos comportam uma visão da velhice atrelada à fragilidade, mesmo que em intenção, a organização dos mesmos tenha a finalidade de denunciar o descaso com o tema e propor um novo paradigma associado à promoção do envelhecimento saudável.

Essa tendência, no que tange a saúde do “idoso” e no olhar sobre o envelhecimento, não elimina a noção de que, na velhice, há uma série de perdas funcionais e patologias particulares. Acontece que, a conquista de um envelhecimento ativo associado ao prolongamento da imagem jovem, parece depender dos esforços pessoais e do uso possível das descobertas da ciência para essa finalidade. As experiências que caminham em outra direção, que não correspondem à imagem social desejável do idoso, são reduzidas à dimensão patológica e as diferentes respostas ao mal-estar tomadas como possíveis indicadores de déficits.

Para Mucida (2006), no campo médico a velhice é definida sob o âmbito das perdas funcionais e orgânicas. Apesar dos avanços na concepção de saúde, para a autora, a medicina conserva a visão organicista, marcada pelo determinismo biológico. Esse discurso, não pode formalizar o que seja a velhice para cada sujeito. Apesar das modificações e reduções das funções, comumente encontradas em pessoas mais velhas, muitas delas também podem

ocorrem em pessoas mais jovens. A doença de Alzheimer, como outros tipos de demência, não são exclusivas em idosos. Uma das formas da doença de Alzheimer, atribuída ao fator genético, cursa em pessoas mais novas, tem uma evolução mais característica e rápida. Os diferentes quadros demenciais estão entre as doenças tidas como símbolos da velhice. A memória é tomada como função superior e dela espera-se um funcionamento sem brechas, sem espaço para esquecimentos ou lapsos. Uma perturbação no campo da memória se torna, rapidamente, alvo de investigação diagnóstica.

Em nome da boa saúde e do bem-estar global na velhice, as intervenções são justificadas. No que tange ao fazer da medicina, a definição diagnóstica e a medicalização excessiva parecem assinalar uma realidade tenebrosa para os velhos. Cabe ressaltar, que a investigação diagnóstica não é coisa simples, a urgência da intervenção atropela o intervalo necessário entre a demanda do paciente e um possível diagnóstico. Muitas vezes, a prescrição de um medicamento é feita antes mesmo de qualquer investigação mais aprofundada, numa espécie de certeza antecipada que parece responder ao imperativo pós-moderno, tanto no que tange a supressão do tempo quanto à mercantilização das diferentes esferas da vida, incluindo a da saúde.

Retomando a ideia da velhice como sujeira pós-moderna, verifica-se que a nova imagem do velho, a partir da construção da categoria idoso, responde bem ao movimento de captura do capitalismo, assim como, promove um modo de envelhecer mais adequado às demandas pós-modernas. O atravessamento da lógica de mercado se faz em duas direções: Em um primeiro plano, prescrevendo um modo de vida associado à nova imagem do idoso e ofertando diferentes objetos que viabilizem responder a essa demanda. Para aqueles que não correspondem ao envelhecimento ideal, reserva-se os fármacos e as definições diagnósticas estabelecidas em manuais pouco científicos, como formas de calar o corpo que fala através de seu modo particular de gozo, deixando escapar seu limite frente ao real da experiência.

A velhice, ainda que medicalizada e tomada como deficitária, não pode ser abarcada pelas medidas classificatórias e homogeneizadoras. “Para além do organismo, a psicanálise coloca em cena um corpo, atravessado pelo Outro, atravessado pelo desejo, pelo sofrimento” (Mucida, 2006, p.25). Neste sentido, não existe uma velhice, mas muitas maneiras de apreender o envelhecimento e de situá-lo a partir da particularidade de cada sujeito. No campo da saúde, a psicanálise diferencia-se dos demais discursos por incluir em sua clínica o real, ao

passo que para a medicina, por exemplo, ele é suprimido. A vacilação da linguagem, o lapso de memória, o esquecimento, a tristeza, são tomados como deficitários no discurso médico. Para a psicanálise essas manifestações interessam, pois falam de um corpo habitado por um sujeito com seu modo particular de conduzir o real.

3.2 Um desejo advertido: sobre o lugar da psicanálise nos espaços médico-hospitalares

No Seminário dedicado aos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, a ética é apontada como sendo aquilo que define o estatuto do inconsciente. Lacan afirma, “O estatuto do inconsciente, que eu lhes indico tão frágil no plano ôntico, é ético” (1964/2008, p. 40). A dimensão da ética aqui é pensada em articulação ao desejo, particularmente, ao desejo de Freud. Ao interrogar a causa verdadeira dos sintomas das histéricas, ele esbarra em manifestações que, longe de serem orgânicas, o levam à formulação do inconsciente. O que Lacan ressalta a respeito do inconsciente, é que há uma espécie de fé por parte de Freud, uma vez que a aposta de suas intervenções é que, em alguma parte, o inconsciente se mostre.

A aposta na abertura do inconsciente, como o único acesso possível ao desejo do sujeito, é ponto de partida do analista. Essa posição ética do analista torna possível sua presença e intervenção em espaços institucionais com uma circulação de saber diferente. No campo da saúde, do qual partimos para falar de nossa experiência, o corpo orgânico está em causa e o olhar sobre ele exclui qualquer interveniente que não seja observável concretamente. Ansermet (2003) assinala, especificamente em relação à medicina, ser ela uma prática clínica cujo olhar sobre o objeto é central. Esse “olho” médico “pretende tudo englobar, tudo conter, tudo dominar, tudo conservar, e que, com esse fim, associa-se a próteses cada vez mais sofisticadas” (p.10).

A especificidade da ciência médica no que tange ao olhar sobre seu objeto, o corpo, merece uma reflexão acerca da transposição de um método científico, bem aplicado nos laboratórios onde o objeto é neutro, para a assistência aos doentes. Extraímos, como efeito, a ênfase na intervenção, quase sempre medicamentosa, e a imposição do método ao doente, deixando de fora as particularidades. Apesar da prevalência desse modelo biomédico, hoje se

preconiza a substituição da intervenção curativa e interventiva por uma prática ampliada baseada na definição da saúde como bem-estar biopsicossocial. Conforme a Organização Mundial de Saúde (1976), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, portanto, não se caracteriza apenas pela ausência de doenças.

Conservando suas diferenças, os dois modelos em saúde estão a serviço de um bem, seja ele baseado na intervenção curativa ou na promoção da saúde e qualidade de vida. Importa a garantia da saúde e, para essa finalidade, de tempos em tempos, uma série de recomendações e protocolos é estabelecida, para todos. Parte-se da ideia de que um grupo de especialistas possa chegar ao consenso daquilo que seja saúde, em dado momento, amparados pelas pesquisas e aparatos tecnológicos, definindo a partir daí um padrão de saúde que deve ser alcançado.

Lacan (1959-1960/ 2008), ao propor uma ética própria à psicanálise, a diferencia da ética tradicional que está a “serviço dos bens”. Essa ética se confunde com a moral, uma vez que é comumente relacionada a um bem, seja um bem dirigido aos semelhantes ou um Bem Supremo, tal qual em Aristóteles, como ideal de conduta a se alcançar. Calcada na depreciação do desejo, na modéstia e temperança, a ética tradicional é marcada por ambiguidade. Para Lacan, a ordem das coisas sobre a qual ela pretende se fundar é a do poder humano. Funda-se numa ordem ideal, vinculada a uma ordem de poderes e feita para as virtudes do mestre, o qual possuiria todas as características de um ideal, numa espécie de elevação moral. A ética a serviço dos bens rejeita a relação do homem com o desejo, e neste sentido, ela perpetua a tradição do poder – “Continuemos trabalhando, e quanto ao desejo, vocês podem ficar esperando sentados” (p.372).

Na assistência à saúde verifica-se um excesso de procedimentos que iniciam com a queixa do doente, a partir da qual uma investigação, cada vez mais apoiada em aparatos tecnológicos, se faz. A autonomia, compreendida como capacidade de se autogovernar, fica dificultada em casos mais graves, sobretudo naqueles cuja possibilidade de decisão é questionada. Neles, a assistência torna-se ainda mais maciça, pois até mesmo atividades de autocuidado são realizadas pelo profissional de saúde.

O filme *Amour* (2012), de Michael Haneke, traz a temática da velhice e do limite da vida, aborda de maneira direta e sensível a posição humana frente ao adoecimento.

Problematiza, ainda, a função do cuidado nesse momento da vida. A relação do casal, Anne e Georges, é atravessada pelo adoecimento e progressiva perda funcional de Anne. Inicialmente, com um dos lados do corpo paralisado, ela tem em Georges seu suporte. Conforme o quadro agrava tornando-a mais dependente, Georges percebe a necessidade de inserir um profissional de enfermagem no cuidado e, posteriormente, contrata uma segunda enfermeira.

Em uma das cenas, Anne é virada e manipulada por uma das enfermeiras, que descreve de modo pedagógico como colocar a fralda. Em outro momento, durante o banho enquanto Anne geme e demonstra incômodo, Georges observa calado. Ao final do dia, a enfermeira despede-se e diz para Georges não levar as coisas tão a sério, pois pacientes como Anne sempre dizem coisas de maneira automática. Essa fala revela uma boa intenção, cuja finalidade é apaziguar o sofrimento. No entanto, o ponto de tensão não é tanto as falas automáticas de Anne, como supõe a enfermeira. Mas a sucessão de perdas impostas ao casal diante da limitação da doença e que os confronta com a morte. Como não levar a sério o agravamento de Anne? Como desconsiderar a força das palavras empregadas por ela e tomá-las apenas como automatismo? O modo de intervenção da segunda enfermeira contratada é ainda mais problemático. Por ser demasiadamente mecânico, deixa revelada a posição de Anne como objeto de cuidado. Como resposta, Georges a despede e ao final de um diálogo bastante duro, diz: “Desejo, do fundo do meu coração, que um dia alguém a trate da maneira como trata seus doentes, e que também não tenha forma de se defender”.

Na saúde, a ética está a serviço da manutenção da vida. O modo de cuidado é igual para todos, baseado em protocolos médico-hospitalares. Assim, na maior parte das vezes, os procedimentos são priorizados em detrimento do efeito que eles, invasivos como são, possam causar. Do paciente, espera-se colaboração e aderência ao tratamento proposto. Ao analista é frequentemente solicitado que harmonize o mal-estar do paciente, pois aquilo que escapa aos protocolos expõe o que não pode ser capturado pelo discurso médico. O sofrimento dos pacientes é um exemplo de interferência à intervenção que precisa ser contida, para isso a via medicamentosa pode ser a saída. Em alguns casos, o analista é demandado a responder de modo a promover o bem-estar do paciente em sofrimento. Sobre a posição do doente, Silvestre (1999, p. 115) comenta:

Tudo se passa como se a regra fosse não sofrer moralmente pelo padecimento físico e pelas coerções da doença. A imagem que reina senhora é a do bem-estar para aquele que sabe positivar os acontecimentos que sobrevêm em sua vida.

Contudo, tal como nos ensina Freud (1930 [1929], p. 43), “nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição”. No seminário dedicado à ética da psicanálise (1959-1960/2008), Lacan faz um retorno ao *Projeto* encontrando em *das Ding* a base para pensar a ética pautada no desejo como causa da ação humana. A ética da psicanálise é entendida como um não ceder frente ao desejo, tem em seu horizonte o real como limite estrutural, incluindo assim o mal-estar. A psicanálise rejeita as fórmulas de felicidade e bem-estar tão comuns na contemporaneidade e, frequentemente, endereçadas como demanda aos analistas. A psicanálise não responde a esta demanda, cuja finalidade seria os ganhos terapêuticos e a possibilidade deles favorecerem a intervenção médica.

Freud (1916/2006), buscando indicar a especificidade da psicanálise, assinala sua diferença em relação à psicoterapia que tem como meta os ganhos terapêuticos. A psicoterapia era empregada nas práticas clínicas com o objetivo principal de promover adesão ao tratamento médico por meio da sugestão. Esta prática teria como características, rapidez, confiabilidade e o fato de não ser desagradável para o paciente. Darriba & Bosse (2013, p. 340) assinala que Freud distingue, em muitos momentos de sua obra, os objetivos terapêuticos e os fins do procedimento analítico. “Diferentemente de uma terapêutica que se posiciona alheia à questão da causa, a psicanálise visa à diminuição do sofrimento como consequência de uma direção clínica que visa à cura”. Não significa que os efeitos terapêuticos sejam desconsiderados, eles ocorrem como efeito do trabalho analítico em direção à cura. Ao falar do que caracteriza a psicanálise e de seu rigor, Freud (1933[1932], p. 150) pontua:

A atividade psicanalítica é árdua e exigente, não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair para caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um psicanalista inteiramente, ou não o possui em absoluto.

Lacan (1966/1998) adverte que o rigor da psicanálise pressupõe uma ética particular. Qualquer tratamento que não se pautar por esse rigor, mesmo permeado por conhecimentos psicanalíticos, não ultrapassa o âmbito da psicoterapia. Na abertura de *A ciência e a verdade*, faz menção ao particular da práxis da psicanálise. Trata-se do estado de fenda em que o psicanalista situa o sujeito. Ela é considerada na base da psicanálise, já que o reconhecimento

do inconsciente basta para motivar a aparição da divisão do sujeito. Essa posição do analista, pautada por uma ética do desejo, é o que marca sua diferença em contraponto à demanda assistencialista.

No Seminário sobre o desejo e sua interpretação, a expressão desejo do analista é utilizada no momento em que Lacan (1958-1959/2008) busca o fundamento da posição do psicanalista. O lugar vazio constitutivo do desejo é apontado como aquilo que marca a posição ética que sustenta uma análise. O analista se oferece como suporte para todas as demandas, mas não responde a nenhuma. Esse lugar vazio, de respostas, promove o deslizamento do desejo do sujeito pela cadeia significante, através da associação livre. O desejo do analista mais uma vez é abordado, no seminário seguinte, como desejo advertido quanto ao que está em jogo na transferência, a posição do analista como objeto da transferência (1959-1969/2008). Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1858/1998), acentua: “cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em seu vértice a questão do desejo do analista” (p.621).

No Seminário sobre os quatro conceitos, Lacan (1964/2008) interroga mais uma vez o que está em jogo no desejo do analista para que possa operar na análise. Aponta o final da análise didática como sendo responsável por levar o analista ao ponto onde situa seu desejo. O desejo nesse seminário é muitas vezes abordado na relação à transferência. Assim, Lacan formula, “enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente” (p. 222). Esse aspecto o leva a afirmar o desejo do analista como eixo da transferência sendo esta sua função essencial.

O desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial (p.229).

Retomando a discussão acerca da presença do analista nos espaços institucionais, sustentada pelo desejo que supõe uma ética, é preciso situar o lugar particular que ocupa o psicanalista. Recorremos mais uma vez a Lacan (1966/2001), que, na abertura dessa exposição aos médicos, afirma o lugar da psicanálise na medicina como marginal e extraterritorial. Compreende-a como marginal em relação à medicina, por ocupar para esta um lugar de ajuda exterior, uma espécie de suporte ocasional. A psicanálise é extraterritorial

porque a posição do analista o situa fora do território do saber médico, à parte dele, podendo assim conservar o silêncio diante de demandas que obliterariam o espaço da falta.

Aprendemos com essa afirmação lacaniana que o lugar da psicanálise junto aos demais campos não é de complementaridade. No entanto, não significa que o psicanalista deva se apartar da vida institucional. Sua presença favorece pequenas intervenções que, servindo-se das brechas discursivas possam introduzir a realidade do inconsciente. Isso, contudo, não é sem algumas dificuldades, afinal a circulação de saber nesses espaços opera negando a castração como limite intransponível. De acordo com Darriba & Bosse (2013), “Lacan indica, em consonância com o que Freud já antevia, quanto à abertura do campo do inconsciente, confrontar-se com o não querer saber em jogo no recalque”. Na prática cotidiana com diferentes categorias de profissionais, o não querer saber da divisão é responsável pela resistência que o discurso da psicanálise encontra. Afinal como acentua Lacan (1962-1963, p.161), “do ponto de vista científico, sua ambição é sempre considerar a falta como preenchível, ao contrário da problemática de uma experiência que inclui em si levar em conta a falta como tal”.

3.3 Transferência, repetição e as construções em análise

Na abertura de *Sobre o início do tratamento*, Freud (1913/2006) faz alusão ao jogo de xadrez para falar do tratamento psicanalítico. As regras do jogo de xadrez encontram um limite, pois, assim como na psicanálise, no jogo somente as aberturas e os finais permitem uma apresentação. Essa contribuição freudiana àqueles que exercem a psicanálise é precisa quanto à demarcação da particularidade de cada análise sob transferência. Ainda esclarece que não há um rigor da técnica sobre a prática clínica cujo objeto em sua complexidade interroga qualquer abordagem estanque.

Na clínica pública, o avançar da análise, bem como a delimitação das condições do tratamento padrão, muitas vezes ficam inviabilizadas. Com isso, a pergunta pelo trabalho possível se impõe. As recomendações deixadas por Freud norteiam a práxis da psicanálise, mas esta não se reduz às regras: “dar início a uma psicanálise, a partir da demanda de alguém, depende do psicanalista com seu ato de decisão” (Quinet, 2009, p.7). A única regra

fundamental da psicanálise é a associação livre, cabendo ao analista o preceito da atenção flutuante.

Propomos como intervenção possível na clínica da qual nos ocupamos, as intervenções mínimas, tal como postulou Freud acerca do tratamento de ensaio, elas visam à abertura do campo da fala que implica o sujeito em sua posição desejante. Como vimos, ao oferecer o lugar vazio como resposta à demanda do analisante, o analista possibilita o deslizamento da fala daquele pela cadeia significativa, podendo aí surgir momentos de abertura do inconsciente. Essas intervenções, no tempo, dão lugar às construções em análise, que de acordo com Freud visam construir/reconstruir algo relativo ao tempo primitivo e esquecido do paciente. Essa proposição de Freud se dá no contexto da análise do Homem dos Lobos pela dificuldade de fazer avançar a análise, visto que alguns elementos não podiam ser elaborados pela via rememorativa, o que se associava à inércia psíquica do paciente.

Nas perturbações da memória, a via rememorativa encontra-se bastante prejudicada, é preciso ressaltar a dimensão traumática das perdas vividas por esses pacientes que fazem barreira à rememoração, uma vez que não há registro mnêmico do trauma. Quanto à repetição, como vimos no segundo capítulo, traz a realidade do trauma à tona, se impondo em lugar da rememoração.

Conforme Lacan (1971) não há entrada em análise sem o tempo anterior das entrevistas preliminares. Assim, antes de adentrarmos no nível da transferência e das construções em análise é preciso tomar o tempo do tratamento de ensaio em sua definição e função. O tratamento de ensaio é um tempo preliminar à entrada em análise propriamente dita. Freud (1913/2006) o descreve como sendo um período prévio ao início da psicanálise. No que diz respeito ao objetivo, serve ao propósito de ligar o paciente ao tratamento e à pessoa do analista. Lacan é mais enfático ao estabelecer esse tempo prévio como condição para a entrada em análise. Essa condição situa uma diferença entre a chegada do paciente no consultório do analista, a qual se dá a partir de uma queixa que deverá passar ao estatuto de demanda dirigida ao analista, e a entrada em análise, marcada pelo ato de decisão do analista em aceitar aquele paciente em análise.

As entrevistas preliminares possuem algumas funções, dentre as quais, destacam-se, além de sua função transferencial, a função diagnóstica e a função de delimitação de um sintoma analisável - passagem da queixa a um sintoma analítico. Quanto à função diagnóstica, não é propósito aqui avançar na diferenciação das estruturas clínicas, mas sim pensar o

diagnóstico diferencial em casos com concomitância de sintomas atribuídos a quadro orgânico, como também em circunstâncias desorganizadoras como são a vivência do luto e as alterações características dos quadros que estamos denominando perturbações da memória.

Ocorre que essas manifestações muito particulares, que incluem as alterações de memória, de linguagem e comportamento, apresentam-se juntamente aos sintomas analíticos, sendo difícil a delimitação daquilo que diz respeito às formações do inconsciente e à posição do sujeito. Coloca-se ainda como questão a delimitação do luto em contraposição ao diagnóstico de depressão. As patologias do luto também podem se confundir com quadros demenciais pela presença das alterações de memória.

O caso clínico trazido no segundo capítulo ilustra essa dificuldade em torno do diagnóstico. Para a equipe médica não havia critérios suficientes para o diagnóstico de síndrome demencial¹⁰, mesmo com prejuízo significativo da memória e alteração de comportamento, como também não era possível outra hipótese diagnóstica frente à sintomática apresentada. Para a analista, o diagnóstico estrutural não chegou a ser esclarecido no tempo do atendimento, sendo possível compreender os prejuízos de memória de Antônio como reação à morte traumática do filho. Esse luto permaneceu sem elaboração e, com a presença de outras perdas advindas com a velhice, houve uma piora gradual e significativa do quadro. Para o analista, não é o caso de isolar um possível quadro orgânico e aquilo que seja sintoma analisável. É preciso estar avisado de que pode acontecer uma superposição como essa e isso não inviabiliza a análise, mas torna o manejo do tratamento ainda mais cuidadoso.

Tomaremos agora a função das entrevistas preliminares de delimitação do sintoma analítico. Esta função consiste na circunscrição da demanda de análise. Nas *Conferências e entrevistas em universidades norte-americanas*, publicada na Revista Scilicet, Lacan (1976) pontua que a demanda verdadeira para dar início à análise é querer desvencilhar-se do sintoma. A queixa deve ser transformada numa demanda endereçada ao analista. Na clínica pública, essa passagem da queixa à constituição do sintoma analítico por vezes é possível. A suposição de saber ao analista marca o início da transferência, mas é possível verificar alguma

¹⁰ Os critérios diagnósticos podem ser encontrados em: NITRINI, R. e *et. al.* Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil, avaliação cognitiva e funcional: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arquivo de Neuropsiquiatria, 63 (3-A): 720-727, 2005.

suposição de saber mesmo em momento anterior ao da transferência no âmbito da relação analítica. Por essa via, a chegada ao consultório é viabilizada, assim como o retorno do paciente após uma primeira entrevista. Em outro tempo da análise, a suposição ao analista do saber sobre seu sintoma permite que o sujeito enderece sua questão como demanda de saber.

As funções das entrevistas preliminares vistas até aqui não são desarticuladas, a delimitação de um sintoma analítico não passa sem a suposição de saber própria ao estabelecimento da transferência. Em Freud, a transferência é contemporânea à criação da psicanálise, pois o que havia antes era o tratamento pela sugestão hipnótica. Nele já havia transferência como laço afetivo do paciente para com o médico. No entanto, ela não alcançava sua potência por ser deixada de fora, isto é, ela não era utilizada por ser compreendida como obstáculo ao tratamento. De acordo com Maurano (2006), o impasse relacional, causado pela revivescência das relações passadas, atualizadas na transferência, foi percebido por Freud. Ele constatou que o sintoma neurótico drena os investimentos da vida e que pela via da transferência, poderia ser dirigido ao analista, de modo a ser tratado para restituir ao paciente a possibilidade de novos investimentos. Assim, o manejo da transferência por parte do analista revelava-se essencial ao avanço da análise.

Lacan (1964/2008) pontua que a transferência no pensamento inicial de Freud é essencialmente repetição. Trata de algo que, por não ser rememorado devido à resistência da significação, se repete na conduta. Em suas formulações, Lacan não reduz a transferência à repetição, uma vez que a ativação da transferência se dá em função do sujeito suposto saber. Sempre que, para o sujeito, a função do sujeito suposto saber possa ser encarnada por alguém, a transferência já está instalada. Retomando mais uma vez o caso de Antonio, a suposição de saber ao analista se esclarece a partir do relato de um sonho. Nele, encontra a analista em uma praça e, ao vê-la, assobia para chamar sua atenção, mas ela não responde. Após o relato do sonho se coloca algumas questões: “como a senhora (analista) não falaria comigo”? “Será que me viu”? “Como não respondeu quando chamei”? Conclui que, no sonho, não lembrava o nome da analista e a chamou através de um assobio. Assim, ela, como “moça direita” (analista em sua fantasia), não poderia responder a um assobio.

Na sequência, consegue nomear a analista pela primeira vez. A partir desse ponto, muitas perguntas eram dirigidas à analista, especialmente sobre o futuro que teria frente à doença, a qual ele chamava de “coisa ruim na cabeça”, ou indagando sobre a causa da

“confusão na cabeça”. A transferência, conforme nos ensina Lacan, não é a abertura do inconsciente, é antes seu fechamento. O inconsciente está colocado desde sempre nos ditos do sujeito.

A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, seu fechamento (p.129).

A transferência é um nó que requer do analista um tratamento, por meio do manejo da transferência. Após um avanço significativo do tratamento, Antônio apresentou uma piora significativa dos sintomas, sobretudo com episódios mais frequentes de “confusão na cabeça” e agressividade. Começou a faltar às sessões com regularidade e por vezes dizia que não queria mais ir ao atendimento, pois era cansativo. As faltas, neste caso, tiveram como função produzir alguma escansão que possibilitou outro momento de abertura, onde associou os prejuízos de memória e a confusão mental à morte do filho, da qual apresentava grande culpa por julgar que pudesse impedi-la de algum modo.

A transferência, na demanda de saber dirigida ao analista, leva à repetição de um caminho já trilhado. O sujeito se dirige ao analista em lugar do Outro, como aquele que tem a resposta quanto ao significante que possa nomear seu desejo como desejo do Outro. Repetição que visa um reencontro do objeto perdido: “no qual o sujeito espera que o Outro acene como via de salvação do real traumático” (Maurano, 2006, p.27). No entanto, essa repetição conduz a um encontro faltoso. O automatismo da repetição é outra coisa, ele não promove esse encontro com tique, faltoso por natureza, trata de uma repetição do mesmo. Segundo Maurano (p.28), pelo trabalho da transferência, a análise viabiliza a intensidade do fluxo do acaso, abrindo espaço para o imprevisto.

Assim, o reencontro do real traumático abre possibilidade de uma nova solução. É aqui que a tique se faz presente. O analista sustenta esse reencontro, viabilizando meios de transfiguração do horror que o trauma suscita, via pela qual o sujeito tem chance de suportá-lo.

Tratamos da transferência e da função da repetição, assinalando os alcances do trabalho analítico, mesmo no tempo das entrevistas preliminares. Como fazer operar o dispositivo? Passaremos a proposição das construções em análise como possibilidade de leitura da intervenção do analista frente aos casos aqui trazidos, os quais falam de um limite mais severo da rememoração pela realidade traumática em jogo.

Conforme já indicamos acima, as construções em análise são abordadas por Freud (1918 [1914]/2006) no caso clínico sobre o Homem dos Lobos. Nesta análise constata uma inércia psíquica e algo de muito primitivo que aparece nos sonhos referentes às cenas primárias. Com a constatação de que não há avanço da análise, Freud adentra pelo caminho das construções. Este caso clínico revela que alguns eventos psíquicos não podiam ser elaborados através da rememoração. Por esta razão, a necessidade de construir / reconstruir algo relativo a todo um período esquecido da pré-história do paciente.

Em *Construções em análise* (1937/2006), Freud preocupa-se em escrever mais detidamente sobre em que consistem ditas construções. Em que consiste a tarefa do analista nas construções? Segundo Freud, trata de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si e que podem ser verificados na análise através do material trazido pelo paciente e de seu comportamento. Mais do que completar, é o caso de construir ou reconstruir, como retifica. A questão da construção/reconstrução implica o analisante e o analista. Por meio da associação livre e de seu modo de colocar-se frente ao Outro, o sujeito fornece um material incompleto de um tempo esquecido, o qual será utilizado na construção.

Freud compara esse trabalho à tarefa arqueológica. O trabalho de construção/reconstrução assemelha-se ao trabalho do arqueólogo no que tange à escavação daquilo que se acha ligado há um tempo remoto. Assim como o arqueólogo busca nas ruínas encontradas o meio de reconstrução, “também o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito na análise” (p. 146). Situa como diferença o fato de que o “analista encontra-se em melhores condições”, uma vez que o material com o qual trabalha não é algo destruído, ao contrário, está vivo.

O analista, como dissemos, trabalha em condições mais favoráveis do que o arqueólogo, já que dispõe de material que não pode ter correspondente nas escavações, tal como as repetições de reações que datam da tenra infância e tudo o que é indicado pela transferência em conexão com essas repetições (p.277).

Freud situa como principal diferença entre a psicanálise e a arqueologia o fato de que, para esta, a reconstrução é o objetivo final de seus esforços, ao passo que, para o analista, a construção é um trabalho preliminar. Este trabalho preliminar visa à abertura do trabalho analítico. Em Freud o objetivo era reconstruir o material recalcado de um tempo primitivo para que houvesse um trabalho a partir dele, pela via da interpretação e levando à elaboração

do paciente. Tomando as formulações de Lacan, entendemos que as pontuações do analista através das construções podem promover uma abertura ao trabalho a partir do significante.

O interesse pelas construções, evidente no caso do Homem dos Lobos, é clínico. Freud assume uma postura mais ativa no tratamento, tanto com suas construções quanto com a proposição de um tempo delimitado para a análise, com objetivo de promover alguma abertura do inconsciente que levasse ao avanço da análise na direção da cura. Assim, a construção pode ter seu alcance quando toca em algo verdadeiro do sintoma do sujeito. Segundo Freud, caso o analista esteja equivocado, não haverá danos à análise. Neste caso, cabe ao analista admitir que se enganou e formular novas hipóteses que poderão ter o fim esperado.

No caso de Julia, visto no primeiro capítulo, o início do tratamento foi marcado por um fechamento em torno do significante “doença de Alzheimer”, vindo da equipe médica após esclarecimento diagnóstico. Nas sessões, repetia uma série de ações e falas, quase sempre em sequência exata, ao final dizia que já havia falado tudo. A analista sempre interrogava esse tudo: como é possível falar tudo? Foi preciso tempo e insistência da analista, que pontuava a cada vez que nem tudo dizia respeito à doença de Alzheimer e que ela teria mais a dizer. Julia respondeu com a retomada de sua história de origem e encontrou lugar para a doença de Alzheimer por meio da identificação ao pai, o qual teve a doença. No entanto, foi necessário um trabalho que promovesse o deslizamento do seu sintoma de modo a permitir uma separação de sua própria história e do destino do pai.

Neste caso, as construções da analista tomando a repetição como operador clínico, uma vez que ela promovia o encontro faltoso por esbarrar em pontos de silêncio e de angústia que apontavam para o real como limite radical, promoveu alguma abertura à palavra endereçada. Algo que não podia ser representado pode ser ficcionado. Assim, Julia tomou a palavra, como sujeito do discurso, podendo elaborar algo sobre seu esquecimento e demais perdas que se esclareceram como pertencentes a sua história. De modo a descolar-se do diagnóstico “doença de Alzheimer” para formular um sentido para o mesmo que permitiu algum distanciamento daquilo que caracteriza a doença. Conforme esclarece Lacan, a realidade do acontecimento não é tudo, mesmo que não seja desconsiderada. Há algo mais: “a historicidade do acontecimento”, diz Lacan, em 1952, em seu *Seminário sobre o Homem dos lobos* (Lacan, 1952, s/p.). Neste sentido, o dispositivo analítico encontrou seu alcance nos

casos clínicos aqui discutidos, ainda que os prejuízos de memória falem de uma radicalidade que precisa ser considerada. O mais importante é a função da reconstrução que a análise pode viabilizar, mais do que recordar é preciso que o sujeito possa se incluir como sujeito de sua história e, a partir daí, encontrar formas de contornar o real da experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa pesquisa, partimos da clínica com idosos cujos prejuízos de memória eram as queixas principais. Destacamos, para investigação, dois casos em que a gravidade dos prejuízos de memória e a presença da repetição se faziam notar. Buscamos investigar a que a repetição respondia, tomando-a em relação à velhice e ao limite da rememoração. Propusemos como leitura dos quadros clínicos que denominamos “perturbações da memória” o confronto com o limite da existência e a presença de diferentes perdas que levam ao luto, entendendo este como experiência de privação e que, enquanto falta no real, toca o trauma.

A abordagem inicial da memória na psicanálise teve por objetivo estabelecer sua especificidade, bem como a diferença entre uma memória cujo limite revela a falta estrutural representada por *das Ding*, elemento fora da representação, e a memória como função cognitiva onde as vacilações são pensadas no registro das perdas funcionais. Conforme assinala Lacan (1955-1956/1997), ao nível da neurose, o inconsciente se revelou como registro de memória. Freud formulara que as histéricas sofriam de reminiscências. No início da psicanálise o objetivo do tratamento era a rememoração do passado infantil esquecido, relativo ao trauma que originou o sintoma histérico. No entanto, essa intenção se revelou pouco eficaz quanto à cura e ainda limitada pela resistência do material inconsciente que se associava ao fracasso da rememoração.

A repetição era compreendida como resistência à rememoração, o paciente repetia em ato aquilo que não recordava. A partir de 1920, com a introdução da pulsão de morte, a repetição passa a apontar um além do princípio do prazer. Essa repetição que enfatizamos como relevante nos casos de que tratamos. O trauma, por não ter representação psíquica, não pode ser rememorado. Assim, é pela repetição que a realidade traumática é trazida mais uma vez à cena e pode, por meio da intervenção analítica, abrir-se ao trabalho pelo significante.

Conforme visto, para Freud, a angústia mobilizada pela repetição, que faz lembrar o trauma, tem como função a ativação das defesas psíquicas, as quais podem favorecer algum tratamento à pulsão desvinculada, não ligada a uma representação. Para Lacan (1962-1963), a angústia presentifica o objeto *a* como resto inassimilável da operação de divisão do sujeito. Portanto, ela toca o real com impossível. Na velhice, o confronto com a morte e com a

sexualidade, enquanto “muralhas” impossíveis de representar, mobilizam a angústia e, muitas vezes, o fenômeno do estranho. A angústia é um fenômeno que, em níveis muito altos, provoca a despersonalização pela ruptura ou afrouxamento das bordas do eu. Nas perturbações da memória, o manejo da análise requer um cuidado especial quanto ao nível de angústia mobilizada, pois seu excesso, associando-se às manifestações características do quadro, pode levar a uma piora que inviabilize o tratamento pela palavra.

As particularidades desta clínica, ao tocarem o limite do dispositivo analítico de maneira proeminente, colocaram-nos frente à questão de saber qual intervenção possível. Nosso posicionamento foi o de apostar nas potencialidades de cada sujeito e, também, no alcance da análise uma vez sustentada pelo desejo do analista. O lugar do analista, sem dúvida, não é outro senão o da sustentação de um desejo. Este diferencia o lugar da psicanálise, em uma clínica pública, frente aos demais discursos, por incluir o real em sua práxis.

Tratamos também dos desafios para a psicanálise nos espaços institucionais, assinalando os impasses e interferências que podem fazer algum obstáculo à intervenção do analista, seja nas pequenas pontuações no cotidiano institucional visando introduzir a castração como limite de estrutura, como também as dificuldades que esse contexto oferece ao avanço de cada análise. Foi possível esclarecer que essas dificuldades não impedem que o dispositivo analítico opere, e que o analista pode intervir nas pequenas brechas discursivas.

Retomando a questão do limite da intervenção, tendo em vista a clínica da qual nos ocupamos e o contexto institucional, é preciso enfatizar que a posição do analista requer, primordialmente, a aposta na abertura do inconsciente. A partir dessa premissa, colocamo-nos a pensar a função do analista. Considerando a falta de representação e, neste sentido, de memória, diante do real no trauma, como introduzir um significante que inaugure o trabalho simbólico a partir do deslizamento de um significante a outro? Como intervir para que o automatismo da repetição, em sua mesmidade, ceda lugar para algum elemento novo?

Tendo em vista se tratar de um trabalho de abertura, compreendemos não ser possível avançar muito além das entrevistas preliminares. Assim, buscamos delimitar a função desse tempo prévio à entrada em análise para propor as construções que visam reconstruir algo impossível de ser retomado pela via rememorativa. Entendemos que há um trabalho que

se faz a cada vez, uma invenção ao se tomar os elementos da análise para propor, como construção, algo relativo à história despedaçada do sujeito frente ao trauma.

No documentário “Só dez por cento é mentira” (Cezar, 2008), Manoel de Barros com seus 90 anos diz: “Tudo que não invento é falso [...], a invenção é uma coisa profunda, é uma coisa que serve para aumentar o mundo”. Servimo-nos das palavras do poeta para pensar a invenção como “coisa profunda” porque toca a verdade do sujeito. O analista, ao dar suporte ao trabalho de construção, o faz a partir das impressões deixadas pelo sujeito através da associação livre. A invenção, tal como propõe Manoel de Barros, é um achado. Os elementos que compõem a construção em análise estão ali, dispostos na análise, cabendo ao analista percebê-los e utiliza-los.

No entanto, o limite das construções em análise deve ser considerado. Para Freud (1937/2006), o limite do trabalho analítico pode ser pensado por referência ao término de uma análise, o qual faz surgir duas vertentes de limite: uma relativa ao limite da interpretação que não se esgota devido ao trabalho da cadeia associativa; outra vertente é a do limite relativo ao trabalho analítico, uma vez que não é possível analisar tudo. Há ainda que se incluir a dimensão temporal, pois haveria certas construções que exigiriam um tempo de que não se dispõe na clínica pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSERMET, F. (2013). *Clínica da origem – a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- ARRIVÉ, M. (1999). *Linguagem e psicanálise, linguística e inconsciente: Freud, Saussure, Pichon e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BARROS, M. de. (2001). *Livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record.
- BASTOS, A. (1999). *Sobre a lembrança: Uma abordagem psicanalítica dos limites estruturais da memória*. Porto Alegre: Revista Reflexão e crítica, v. 12, n. 3, p. 627 - 645.
- BERGMAN, I. (1957). *Morangos Silvestres*. Filme: Suécia.
- BRASIL. *Política Nacional do idoso*. Decreto nº 1948. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, D, 3de jul. 1996.
- CASTILHO, G. (2011). *Psicanálise e velhice*. 2011.165 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Programa de Pós – Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- CEZAR, P. (2009). *Só dez por cento é mentira*. Documentário, Brasil.
- COSENTINO, J.C. (1994). *Construccion de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Manantial.
- COSTA, A.(2001). *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- _____ (2015). *Um luto impossível: Efeitos de trauma em imigrações*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, v.01, p. 32-36.
- _____ (2016). *Litorais da psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta.
- COSTA-MOURA, F. & COSTA-MOURA, R. (2011). *Objeto a: ética e estrutura*. Revista *Ágora*, v.14, n.2, Rio de Janeiro, julho/dezembro.
- DARRIBA, V.A.; BOSSE, C. (2013), *O terapêutico e o analítico em Freud*. In: Revista *Psicologia em estudo*, v.18 n.2, Maringá Abril./Junho.
- DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo (Fapesp) , 1999.
- FREIRE, A.B. (1997). *Por que os planetas não falam? O real na psicanálise e o real a ciência moderna*. Rio de Janeiro: Revinter.
- FREUD, S. (1891). *Sobre a concepção das afasias: Um estudo crítico*. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2013.

_____ (1895) *Projeto para uma Psicologia Científica*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 01. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1896) “*Carta 52*” - *Extratos dos Documentos dirigidos a Fliess*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 01. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1898) *Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria*. In: Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, v. 3. 1986.

_____ (1900-1901). *A interpretação dos Sonhos*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 5. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1900). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. V, 2ª ed., 2008.

_____. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. VI, 1981.

_____ (1901). *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, vol. 6. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1912) *Dinâmica da transferência*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1907-1906) *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1913). *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise)*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1914). *Recordar, repetir e elaborar*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. XII, 2ª ed., 2008.

_____ (1917 [1915]). *Luto e Melancolia*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1916-1917). *XXVII Conferencia de introducción al psicoanálisis: La transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. XVI, 2ª ed., 2008.

_____ (1918 [1914]). *História de uma neurose infantil*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1918). *De la historia de una neurosis infantil y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. XVII, 2ª ed., 2008.

_____ (1919) *O Estranho*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1920). *Além do princípio do prazer*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1921). *Psicologia de grupo e análise do ego*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1925a [1924]) *Uma nota sobre o Bloco Mágico*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1925b [1924]). *Um estudo autobiográfico*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1926 [1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1930 [1929]). *Mal-estar na civilização*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. XXI, 2ª ed., 2007.

_____ (1933) *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1936). *Carta a Romain Rolland – Uma perturbação da lembrança na Acrópole*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1937). *Construções em análise*. In: Edição standard brasileira das obras completas de Freud, v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1937). *Análise terminável e interminável*. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GARCIA-ROZA, L.A. (1991). *Introdução à Metapsicologia Freudiana, volume 1: Sobre as afasias (1981) – O projeto de 1895*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____ (1993). *Acaso e repetição em psicanálise – Uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Zahar.

JORGE, M.A.C. (2014). *Das afasias à histeria*. In: Afasias – Coleção Freud e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1952). *Seminário o homem dos lobos*. Tradução Campo psicanalítico, sem data.

_____ (1954-1955). *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____ (1955-1956). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____ (1956-1957). *O Seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. (1957). *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1958). *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____ (1959-1960). *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1960-1961). *O Seminário, Livro 8: A Transferência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

_____ (1961-1962). *O Seminário, livro 9: A identificação*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

_____ (1962-63). *O Seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____ (1964). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____ (1966a). *O seminário sobre "A Carta roubada"*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____ (1966b). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____ (1966c). *O lugar da psicanálise na medicina*. Tradução de Marcus André Vieira. Revista Opção Lacaniana, nº32, p.8-14, 2001.

_____ (1969-1970). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____ (1971-1972). *O saber do psicanalista*. Ciclo de conferencias inédito, tradução para uso interno da Biblioteca Freudiana Brasileira, sem data.

_____ (1972-1973). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____ (1975) *Conferência em Genebra sobre o sintoma*. Opção Lacaniana, 23. São Paulo, 1998, p.6-16.

_____ (1975). *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. In Intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial, 1988.

_____ (1976). *Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines*. In: Revista Scilicet, 6/7, Eds. du Seuil, Paris, pp. 5-63.

HANEKE, M. (2012). *Amour*. Filme: França.

MAURANO, Denise. (2006). *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Coleção Passo-a-passo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

MILLER, J.A. (1999). *Os seis paradigmas do gozo*. In: Opção Lacaniana online nova série, ano 3, n. 7, 2012.

MUCIDA, A. *O sujeito não envelhece – Psicanálise e Velhice*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NITRINI, R. e et. al. (2005). *Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil, avaliação cognitiva e funcional: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia*. Arquivo de Neuropsiquiatria, 63 (3-A): 720-727.

OMS - ORGANIZACIÓN Mundial de La Salud (1976). *Documentos básicos*. 26 ed. Genebra: OMS.

PEREC, G. (1975). *W ou a memória da infância*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

QUINET, A. (2009). *As 4+1 condições da análise*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed

REGO, C.M. (2006). *Traço, letra, escrita: Freud, Derrida, Lacan*. Rio de Janeiro: 7 Letras.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

SILVESTRE, D. *A obrigação de ser feliz*. In: Quinet, A. (org.). *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. Rio de Janeiro, Marca d'Água Livraria e Editora, 1999.

VIDAL, E. (2003). *Um encontro singular com a Acrópole*. In: *Freud entre nós*. Rio de Janeiro: Revista da Letra Freudiana. Ano 8, n. 6.