

AS PARTICULARDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM IDOSOS

José Maurício da Silva

Colégio Santo Agostinho - mauricio@agostinianos.org.br

Resumo

O artigo, “As particularidades da clínica psicanalítica com idosos” propõe uma reflexão acerca do atendimento com idosos a partir da psicanálise freudiana e as necessidades de pensar os manejos necessários na direção do tratamento. Pontua a importância de um trabalho interdisciplinar, pois este amplia nossa lente de compreensão e alcance maior nas intervenções bem como a importância de olhar para além do set terapêutico, como por exemplo, atendimento em casa, atendimento à família, orientação aos cuidadores, mas resguardando sempre o sigilo profissional visando proteger o analisando, e tendo a autonomia do idoso como foco principal. Também discuto acerca das perdas reais no envelhecimento, perdas estas das quais não se podem fugir, mas que não se justificam para não investir na análise de idosos.

Palavras-chave: Idosos, psicanálise, velhice, desejo.

INTRODUÇÃO

A contemporaneidade está marcada por mudanças de costumes, comportamentos e novas formas de relações humanas. São valores novos, como afirmam, que desenham uma nova visão de mundo, de sociedade, uma fase da história que está sendo construída globalmente. Um processo de construção caracterizado pelo uso de altas tecnologias, pela instantaneidade, do virtual, do efêmero, do descartável, da promoção do culto à juventude, da beleza, da força física, o corpo sarado, malhado... em prejuízo do envelhecimento vinculado à improdutividade e enfraquecimento. Neste espaço marcado pelo efêmero e a impermanência (constitutivo da vida), encontram-se anciãos que, em grande parte, estão à margem deste processo, desprotegidos, objetos de preconceito, culpados por serem velhos. O fenômeno do envelhecimento evidencia novos desafios e convoca a psicanálise, em parceria com outras áreas do conhecimento, buscar alternativas que visem minimizar o sofrimento e dor desta categoria social. É neste contexto que proponho pensar a clínica psicanalítica com idosos, ressaltando as particularidades no manejo na direção do tratamento.

As particularidades da clínica psicanalítica com idosos

A terceira idade tem se constituído, praticamente, em um terço do tempo total da vida de um sujeito na contemporaneidade. Isto demanda reorganização dos serviços da área de saúde para responder às exigências das novas necessidades. Diante das circunstâncias advindas desta categoria social, a Associação Americana de Psicologia publicou, em 2004, o *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults*, no qual se delineia alguns princípios de atuação do psicólogo junto aos idosos seniores, propondo acompanhamento individual, grupo, conjugal e familiar e pontuando possibilidades de intervenção, como:

[...] intervenções frequentemente usadas com esta população incluem revisão de vida e trabalho das reminiscências, trabalho de luto, psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças da idade adulta avançada, terapias expressivas para aqueles (as) com maiores dificuldades de comunicação, métodos para a promoção das competências cognitivas e programas psico-educativos, orientados para idosos, membros das suas famílias e/ou outros cuidadores (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014 apud REBELO, 2007, p.543).

Neste sentido, perguntamos se a psicanálise poderia ser indicada aos idosos de maneira geral. Ou melhor, dizendo: a quem se destina o trabalho analítico? A priori, àqueles que experimentam dificuldades não só diante da realidade devido às mudanças, bem como o mal-estar e sofrimento decorrentes desta e, sobretudo, quando se lançam na busca da construção de uma nova forma de vida. Rebelo (2007) responde a esta questão afirmando que aqueles que possuem potencialidades para análise

[...] são os pedidos que envolvem as tensões narcísicas (perdas e trabalho de luto, adaptação à reforma, adaptação a uma situação de doença crônica pessoal e/ou de um familiar próximo, medo de ficar física e emocionalmente dependente, medo da morte) (REBELO, 2007, p.548).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e, para tal, demanda das diferentes nações uma reordenação de políticas públicas, econômicas, sociais, previdenciárias, sem falar da condição mesma do envelhecimento. A título de exemplo, 60% da população europeia estão acima de 60 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde estabelece 60-65 anos como início do que se pode considerar idoso. Independente da idade é importante considerar no trabalho analítico a possibilidade de se construir novas formas de vida, no que diz respeito às suas perspectivas no tempo (instante de ver, tempo de compreender, momento de concluir), à organização da relação com o outro, o que implica constatar o que não está

bem, o que fazer, avaliando os efeitos, revendo o estilo e buscando qualidade de vida. Enfim, pensar o presente, espaço onde a vida acontece. Retomar esta dimensão do tempo, do cotidiano, isto é, certas experiências rituais, coisas que se repetem e daí ver como lidar com elas. E sempre é bom lembrar que cada sujeito tem sua história e que a análise é singular.

Entre os motivos que movem o idoso à análise, estão os ligados à perda ou redução da potência sexual, tendo como consequência o medo de serem trocados por outros(as) mais jovens; medos que problemas não resolvidos durante a vida apareçam, tão logo os filhos saiam de casa; medo do vazio deixado pela aposentadoria, medo de perda de *status* e identidade profissional; e outros problemas como doenças, dependência ou perda da autonomia, e a inevitabilidade da própria morte. Na narrativa do sofrimento, acreditamos que o sujeito se transforma e transforma o sofrimento.

Do ponto de vista psicodinâmico, há que se trabalhar a dimensão da autoestima como estratégia, encorajar o sujeito a formular algo da ordem do imaginário que possa animar seu desejo. Este princípio aplica, sobretudo, com idosos quando em suas vidas não conseguiram realizar seus sonhos e se apresentam em nossos consultórios com sentimentos de angústia, menos valia e culpa. A análise, neste sentido, pode ajudar o idoso a se localizar, se posicionar, elaborar os lutos, as perdas e construir alternativas que visem preservar a autonomia bem como os laços sociais e os espaços afetivos.

Clinicamente falando, o sujeito que nos procura o faz no sentido de manter vivo seu desejo ante a situação limítrofe da existência em que a tendência é negar-se, desmentir ou resignar-se passivamente. Para o desejo não há idade. O desafio neste sentido consiste em apostar na vida, mesmo que a verdade do corpo frequentemente compareça como palco de enfermidades ou que sinalize para a morte como desfecho. Frente a este desafio, a psicanálise convoca o sujeito à escuta e rememoração que habilita a própria história e reconcilia o sujeito com a legitimidade de seu desejo num corpo que fragiliza dia após dia. Como nos lembra Fermán (2007):

Somos corpos, mas também palavras; somos feitos de relatos de histórias que nos habitam e nos constituem desde que nascemos até o morrer. Somos corpos e narração. Desta maneira somos construções e construtores. Assim, sempre é possível escrever, reformular identificações que produzem sofrimento seja ao sujeito seja aos outros (FERMÁN, 2007, p. 83, tradução nossa).

O espaço analítico se constitui, assim, como espaço de palavra e afeto visando modificar a esterilidade do sintoma e convocando o idoso a se apropriar de sua própria condição de sujeito humano, ou melhor, de desejante. A análise propicia desmontar imagens

cristalizadas da velhice daquele(a) que nos procuram e convocar o sujeito a responsabilizar-se pelo destino de suas ações, cuja motivação mais legítima é o próprio desejo. Desta maneira, a análise encontra-se mais em uma atitude e disposição pessoal que a idade cronológica de quem consulta.

Falando de imagens cristalizadas acerca do envelhecimento ou de associar velhice à doença, Berezin (2006) fala do equívoco a este respeito, quando afirma que apenas cinco por cento da população idosa acima de 65 anos é que necessitam de cuidados especiais em asilos ou espaços similares. Desta forma, diz o autor, que noventa e cinco por cento da categoria social na faixa citada, não estão incluídos nesta concepção. Esta mentalidade resulta de pesquisas que priorizam estudos apenas com idosos institucionalizados em casas de repouso, por exemplo, e que infelizmente, ao publicá-las contribuem para associar a ideia de velhice à doença. Os dados não afirmam que os noventa e cinco por cento são saudáveis ou estão isentos de qualquer tipo de enfermidade.

Independente das concepções ou preconceitos, do ponto de vista da psicanálise, o que não podemos esquecer é que somos seres pulsionais, movidos pelo desejo. Os idosos possuem necessidades, desejos e anseiam por satisfações, gratificações, e prazeres como qualquer criança, jovem ou adulto. É evidente que há necessidade de se diferenciar não a qualidade, mas o grau ou a intensidade, melhor dizendo, das experiências.

Por este viés, podemos entender o porquê de alguns idosos tenderem a colar mais em alguém, são mais dependentes, sobretudo se são pessoas que perderam seus companheiros (as), se são os mais velhos do grupo, de sua geração, de familiares ou próximos dos quais eles são os únicos sobreviventes, e se sentem sozinhos. É comum escutá-los dizendo: *“na minha família éramos oito filhos... sou a única sobrevivente.”* Ou *“o senhor sabia que do meu ciclo de amizades só restamos fulano e fulano? Esquisito isso, não é?”* O efeito psicológico das perdas constitui uma ferida narcísica. Os idosos, por si só, não dão conta de elaborar estas perdas, dos vazios provocados por elas. Daí o desafio de reconstruir o significado do mundo social e ressignificar suas experiências. Para alguns, a espiritualidade ou práticas religiosas constituem uma sustentação importante frente às intempéries da vida.

Neste sentido, para entender o conflito psíquico do analisando, a análise centra-se no processo vivenciado pelo sujeito, na maneira, no como o sujeito se construiu ou desconstruiu e não na pessoa envelhecida do idoso. Escutar para entender como o idoso gerencia as mudanças. Como diz Dayrell (1997, p.102), “o analista escuta os tropeços do discurso porque ali está o sujeito”. O analisando não se reconhece nos seus tropeços que aparentam ser um saber sem Sujeito. Porém, à medida que ele fala, poderá surgir daí um Sujeito para esta

formação. Se o idoso fala de seu sintoma, aí está presente uma verdade, verdade esta que construiu um caminho. Neste sentido, cabe à análise devolver o analisando à sua própria história, recolocá-lo lá onde ele deveria desejar, a sua estrutura inconsciente.

O trabalho com idoso propriamente dito requer um olhar, ou melhor, uma escuta muito diferenciada. Devido à vulnerabilidade em que alguns se encontram, há que se interpretar ou tecer comentário somente quando o analisando for capaz de suportar, caso contrário, se produzirá um “efeito colateral.” Na verdade, como manejo, acolher e fazer intervenções empáticas visando elaborar a crise; manejar a angústia até que se criem vínculos transferenciais que propiciem o início da análise propriamente dita. Pode-se falar de um suporte afetivo em que alguns elementos podem ser levados em conta como, por exemplo, o fortalecimento do ego, protegendo as defesas, trabalhar sentimentos de inferioridade, autoimagem, revisão de vida. Por outro lado, corre-se o risco de se recuar diante da fragilidade do idoso, o que resulta em prejuízo, pois o sujeito há que implicar no seu sintoma e construir saídas para seu mal-estar. Neste sentido, sinaliza Mucida (2014) que:

[...] o analista deve saber os limites de suas intervenções não desconhecendo a efetividade do orgânico e os usos da própria fragilidade corporal como meio de gozo. A despeito das doenças e limites colocados por algumas patologias na velhice, o analista só pode operar com a palavra e os afetos que incidem sobre o corpo. O discurso analítico não trata possíveis deficiências (visuais, auditivas, motoras) ou patologia do envelhecimento, mas pode escutar suas consequências tendo em vista o corpo libidinal e os afetos que tomam o mistério do corpo falante (MUCIDA, 2014, p. 104).

Neste sentido, a psicanálise comparece como possibilidade de compreensão do envelhecimento bem como instrumento de intervenção que facilita a elaboração e construção de sentido frente às diferentes tarefas do ego nesta fase da vida. O desenvolvimento do ego e da libido é processo que percorre toda a existência, demandando, em cada época, diferentes funções. Em cada época há aspectos que o sujeito precisa lidar; se é casamento, paternidade, aposentadoria ou morte. E por este mesmo viés, recorda-nos Freud (1996a) na Conferência XXXI, que o propósito da análise é uma construção quando diz:

Seu propósito é, na verdade, fortalecer o ego, fazê-lo mais independente do superego, ampliar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira a poder assenhorear-se de novas partes do id. Onde estava o id, ali estará o ego. É uma obra da cultura - não diferente da drenagem do Zuider Zee (FREUD, 1996a, v. 22, p.84).

No mesmo texto, usando a alegoria do cavalo e cavaleiro, Freud escreve:

[...] o cavalo provê a energia de locomoção, enquanto o cavaleiro tem o privilégio de decidir o objetivo e de guiar o movimento do poderoso animal. Mas, muito frequentemente, surge entre o ego e o id a situação, não propriamente ideal, de o cavaleiro só poder guiar o cavalo por onde este quer ir (FREUD, v. 22, 1996a, p.81-82).

Tomar as rédeas nas mãos, eis o desafio da análise. Às vezes, o idoso chega à nossa clínica literalmente arrastado pelo cavalo. Daí o cuidado de manejar o processo para que no tempo oportuno o cliente se torne o cavaleiro que conduza seu próprio cavalo. Como diz Freud (1996b, v.19, p.68): “A psicanálise é um instrumento que capacita o ego a conseguir uma progressiva conquista do id”, ou seja, do cavalo.

A análise pode trazer benefícios para o idoso e para as pessoas próximas. Alguns idosos têm reduzido o uso de psicofármacos e serviços médicos durante o tratamento. Se a análise for bem sucedida e conseguir elaborar o sentimento de culpa, de vergonha, perdas, a ferida narcísica, haverá grande possibilidade de redução das somatizações ou doenças psicossomáticas que, na maioria das vezes, são provenientes deste estilo de vida.

No trabalho com idosos, e não só, lembro-me sempre de um versículo bíblico do livro do profeta Isaias que diz: “Não apagará a mecha que ainda fumeça,” (Is, 42, 3). Com idosos há que se trabalhar mais com as forças, recursos e potencialidades. Neste sentido, há que se pontuar a positividade da história, valorizando cada momento e implicando sempre o sujeito na construção de sua existência. Devido às experiências dolorosas na vida, pode-se contar, às vezes, com a capacidade de resiliência do idoso que faz das perdas um trampolim para reconciliação com sua história, com seus projetos, construindo, para si, possibilidade de curas reais, resolvendo ativamente seus problemas e abertos a novas aprendizagens. Os idosos são capazes de novas aprendizagens, embora dentro de seu contexto e num ritmo menos acentuado se comparado aos jovens.

Neste processo de construção, na maioria das vezes, o analista é o único aliado do idoso e constitui a pessoa mais importante de sua vida, sobretudo se seu círculo social tornou-se estreito demais. É comum escutá-los em frases como: “o senhor nem sabe como foi difícil esperar essa sessão”, ou “agradeço a Deus todos os dias por ter encontrado o senhor [...] aqui posso falar estas coisas [...] e alguém me escuta [...] só posso dizer estas coisas aqui.”

O corpo, ou a experiência da imagem corporal, é tema central na análise de idosos. Tema pouco trabalhado na teoria psicanalítica, embora Freud tenha pontuado a importância do corpo no desenvolvimento psicológico durante a infância, quando falava das zonas erógenas. Pouco se tem falado, por exemplo, acerca do climatério. As mudanças acontecem e são sutis, como o aparecimento dos primeiros cabelos brancos, perda do interesse sexual. Para

o homem, a perda é gradual, ao passo que para a mulher é mais abrupto, quando confrontada com o fim da fertilidade. E frente às feridas narcísicas, há alguns mecanismos de defesa como dietas obsessivas visando manter o corpo saudável ou cirurgias plásticas. Ou substituí-los pelo melhor carro ou algo similar ou se relacionar com o companheiro(a) com 53 anos mais novo(a) como meio de provar, a si mesmo, a potencialidade. Negar as limitações, as perdas, o tempo, a idade, imaginar-se diferente.

Sabemos que a pele é o maior órgão do corpo humano. Funciona como um órgão que expressa a influência intrapsíquica, como, por exemplo, tornando-se vermelha quando se está envergonhado. Por outro lado, é recipiente da experiência sexual. Tocar a pele de um idoso constitui verdadeiro tabu. Pode-se imaginar, acariciando-se uma (um) jovem, o cheiro, a maciez da pele, a emoção de acariciá-la quando de uma relação sexual, mas torna-se difícil imaginar que a carícia ou o beijo na pele de um idoso possa causar um sentimento erótico. Não se pode esquecer que o idoso também vivencia a sexualidade nas suas mais variadas modalidades de expressões, porém do seu jeito e no seu ritmo. Como diz Berezin (2006): há uma concepção errônea de sexualidade na velhice e que há muitos artigos na literatura que lidam com esta temática de forma defensiva e apologética. A sexualidade depois dos sessenta anos não é invenção daqueles que estão estudando e pesquisando este tema e suas mais variadas manifestações. Há uma noção muito difundida, e que persiste, de que a velhice é uma fase assexual e, se não é, deveria ser, afirmam os autores.

Outro dado relevante na clínica do envelhecimento é a concepção de tempo vivenciado pelo idoso, embora analista e analisado não levem objetivamente em conta esta dimensão. A finitude e a morte, mesmo que negados, comparecem em cada sessão. Os maiores de 55 anos tendem a negar que estão envelhecendo, uma tentativa de maquiagem do real. Já o idoso propriamente dito se fixa entre os dois polos: de um lado estão suas memórias da história pessoal, familiar ou grupal, bem como os projetos ou sonhos, idealizações. De outro lado o confronto do desenlace da vida. O encontro com a finitude pode ser vivenciado não apenas como algo doloroso. Há idosos que vivem uma sensação de “viva o momento”, curta o momento como se fosse o último da vida.

Dentro da concepção temporal no envelhecimento podemos focar a temática da sexualidade. Há muita literatura falando das vantagens e limites nesta fase da vida. Nos últimos 15 anos, o cinema tem trazido esta temática para a tela mostrando as aventuras de pessoas idosas. Filmes, como *Vênus e Irina Palm* que quebram o tabu de sexo com pessoas idosas. São filmes que nos tocam emocionalmente; outros filmes também interessantes como

O amor natural (1996), Innocense (2000), Intimacy (2000) About Schmith (2002) e Batalla en el cielo (2005), Amor (2013) e a Incrível história de Adeline (2015).

O corpo é o grande “organizador” da vida e da vida amorosa. No envelhecimento o corpo torna-se um cenário de conflitos, problemas e falhas. Embora a atividade sexual decaia e os elementos físicos (ereção, qualidade do orgasmo) reduzam, a experiência de satisfação da sexualidade ajuda suportar a ferida do envelhecer. Para as pessoas idosas a expressão da sexualidade pode assumir outras formas mais ricas, superando as dos tempos juvenis. Esta maneira de vivenciar a sexualidade, especialmente de satisfação de necessidades passivas, tais como acariciar-se ou deitar-se ao lado um do outro, desempenha um papel maior que a *performance*.

O trabalho com idosos na clínica psicanalítica possui algumas especificidades, o que demanda do analista mudanças no manejo do tratamento. Dada a condição de saúde, memória e demências de determinados analisandos, habilidades e conhecimento são inerentes para conduzir certas análises. Neste sentido, o trabalho interdisciplinar é a melhor saída. Não posso simplesmente interpretar o esquecimento ou lapso no discurso do sujeito idoso como manifestação do inconsciente, o que pode ser uma lesão no hipocampo, por exemplo. Neste sentido a aliança com geriatras tem sido de grande valor. Quando um cliente apresenta algum transtorno nesta área, é de bom tom solicitar um parecer do profissional, o que auxilia muito na condução do processo, bem como na mudança da abordagem.

O trabalho com idoso é complexo, pois envolve uma série de fatores que perpassam questões acerca da vida pessoal, do grupo geracional, da vida familiar, crenças, religião, doenças físicas, sonhos, redução da habilidade cognitiva e sensorial, efeito de medicamentos. A conjugação destes elementos faz da clínica do envelhecimento uma construção desafiadora, que exige, do analista, habilidade e flexibilidade, sem falar da supervisão com analista que atenda idosos também, pois os pontos cegos que dificultam a análise se fazem presentes como em qualquer análise.

Dependendo do idoso e da demanda apresentada, há que se flexibilizar os processos. Dependendo da situação, há de mudar o local da análise, às vezes atender na casa do próprio analisando, resguardando a proteção e a confidencialidade da sessão. Nem sempre se podem encontrar espaços adequados em que a privacidade esteja assegurada. Nestes casos, o contrato deve ser claro acerca do que se pode ou não partilhar com a equipe de cuidadores, mesmo sob pressão familiar. Que se restrinja ao estritamente necessário aos cuidados do idoso. Em função do ambiente, há que se oferecer cuidados especiais à família, como suporte afetivo, emocional; coordenar e educar a equipe cuidadora.

No próprio consultório há necessidade de se operarem mudanças, como reduzir barulhos, excesso ou falta de clareza, falar mais lentamente, mais baixo, aproximar mais do analisando, outras vezes falar mais alto. Para sentar-se ou levantar-se, por questão de cuidado, estar disponível para socorrer, oferecendo o braço como apoio, se necessário. E como já citado, na análise, a prioridade pode consistir em dar mais atenção a algo que esteja gritando no momento, ou seja, o sofrimento. Na verdade, escutar... escutar....

A duração das sessões pode variar para menos de 50 minutos ou para mais, inicialmente. Há que se definir os objetivos da análise, principalmente para a família, clarificando e ajustando expectativas. E no processo de análise incluir a família, quando conveniente, mas não esquecendo que a análise deve reforçar a independência do indivíduo, sempre que seja possível.

O idoso, pela própria condição, possui uma psicodinâmica mais lenta comparada aos jovens. Dada a esta maneira de existir, há necessidade de se aceitarem os limites, limitações. A finitude é o conflito maior e por outro lado, o sistema de defesa é mais frágil e a intensidade instintual também é reduzida. Segundo a história de cada um, a habilidade de solucionar ou resolver os conflitos, assimilar e elaborar os *insights* podem conduzi-los a uma flexibilidade emocional mais adequada.

Se for possível reduzir o nível de exigência estabelecido pelo ideal, pode-se ganhar em autoestima, diminuição da vergonha, bem como do sentimento de culpa, as imagens parentais ou similares tendem a ser menos ameaçadoras e as relações objetais podem ser mais facilmente ressignificadas. O trabalho de elaboração requer habilidade de introspecção e retrospectiva. E para o idoso, como já afirmado, este oscila entre a memória da história passada e idealizações e a finitude. O desafio consiste em construir uma trajetória em que o imaginário não seja fonte de sofrimento e que a realidade seja vivida com a dor própria da existência.

O atendimento a idosos pode ser difícil para o analista devido às ações contratransferenciais. Como a morte é tema frequente nas sessões, seja como negação ou como pânico, medo, ansiedade, o analista é convocado a encarar, mesmo não estando preparado para tal. Deparar-se com o último desafio narcisista, eis a grande questão: como transformar a ansiedade de morte em vida com qualidade? Talvez este contato com a morte, com o envelhecimento, tenha assustado psicanalistas em tratar os idosos mais do que se guiar pelas orientações de Freud e acreditar que estes não podem crescer. Daí a importância da análise do próprio analista. Segundo Laufer (2000), talvez o trabalho psicanalítico mais importante com idosos foi o que Kernberg (1980) discute a respeito da consciência das

atitudes e conflitos que analistas vivenciam acerca do próprio envelhecimento e da morte. A impossibilidade de encarar e resolver estes conflitos internos afeta a condução e a direção do tratamento com os próprios clientes.

Em linhas gerais, trabalhar com idosos demanda tempo maior, que não se restringe unicamente à pessoa atendida. O trabalho do analista ultrapassa o do consultório, pois tende a ser um trabalho de rede no qual envolvem outros profissionais como já defendido anteriormente. Para o analisando, que está sob o uso de medicamentos, há que se conhecer a prescrição médica, conhecer o medicamento, os efeitos colaterais, porque auxiliam no seu acompanhamento. Neste sentido, reforço ainda mais a aliança com outras áreas do conhecimento, no sentido de facilitar ou esclarecer algo que escapa ao conhecimento específico do analista. Outra possibilidade consiste em se aliar a outros profissionais como enfermeiros, assistentes sociais, líderes religiosos, advogados, no sentido de se formar uma equipe interdisciplinar, quando se tratar, sobretudo, de serviços públicos. Quando do acompanhamento particular, aliar-se a alguns destes profissionais é de extremo valor dependendo da situação.

CONCLUSÃO

Na clínica do envelhecimento há algumas evidências da quais não se pode fugir. Há, de fato, perdas e mudanças que incidem sobre o corpo, diferente da adolescência em que as mudanças alargam o horizonte, ao passo que na velhice há redução das possibilidades em todos os sentidos. O mesmo se pode dizer dos recursos simbólicos, as mudanças nas relações sociais que tendem a dificultar possibilidades de saídas sublimatórias. Apesar de todas as mudanças significativas, não há um jeito único de envelhecer, pois cada um segue trajetória e história próprias. O corpo pode trazer as marcas do tempo, mas o sujeito da psicanálise passa indelével pelo tempo, pois este - o inconsciente - não envelhece como Freud (1996c, v. 14, p.191-192) tão bem descreve quando diz: “e são também atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm qualquer referência ao tempo”.



REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines for Psychological practice with older adults.. *American Psychological Association* , v. 69, n. 1, p.34-65, Jan. 2014. Disponível em: <<http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2015 apud REBELO, Helder. Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, v.4, n.25, p.543-557, 2007.

BEREZIN, Martins, A. Psychodynamic considerations of aging and the aged: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, v.128, n.12, p.1483-1491, April 2006.

DAYRELL, M. Â. A. *Pulsão, seus destinos e final de análise*. Texto apresentado no CPMG, Seminário sobre o texto freudiano, 23 out. 1997.

FERMÁN, Abel Fernandez. El psicoanálisis com adultos mayores: subjetividade, relato y vejez. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.4. n.1, p.76-87, jan./jul. 2007.

FREUD, Sigmund. *Conferência XXXI*. (1933 [1932]). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 22.

FREUD, Sigmund. *A história do movimento psicanalítico*. (1914) In: FREUD, Sigmund. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 14.

FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer*. (1920). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 19.

LAUFER, Edith. *Struggle between living and dying: the analytic treatment of a 90 year-old-woman*. [S.l.]: ICPLA, 2000. Disponível em: <<http://icpla.edu/wp-content/uploads/2013/09/Laufer-E.-2000.-The-Struggle-Between-Living-and-Dying-The-Analytic-Treatment-of-a-90-Year-Old-Woman.-Psychoanal.-Rev.-87-699-715.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2015.

MUCIDA, Ângela. *Atendimento de idosos*. São Paulo: Zagodoni, 2014.

REBELO, Helder. Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, v.4, n.25, p.543-557, 2007.