

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REPETIÇÃO DA LINGUAGEM NO IDOSO COM ALZHEIMER: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Considerations for Repeating the Elderly with Alzheimer's: An Psychoanalytical Perspective

Considérations pour Répétition chez les Personnes Âgées atteintes d'Alzheimer: Une Perspective Psychanalytique

Consideraciones para la Repetición del Anciano con Alzheimer: Una Perspectiva Psicoanalítica

DOI: 10.5020/23590777.16.3.58-69

Sylvana Cardoso (Lattes)

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Orestes Diniz Neto (Lattes)

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais.

Resumo

O artigo propõe articular o fenômeno da repetição, em uma perspectiva psicanalítica, ao discurso repetitivo característico dos pacientes com doença de Alzheimer (DA), considerando os correlatos neurocognitivos desse processo. Trata-se de um estudo teórico exploratório. Metodologicamente, realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados PsycINFO (APA), SciELO e PePSIC com os seguintes descritores: Alzheimer e Psicanálise; Alzheimer e Psicodinâmica; Alzheimer e repetição à compulsão; e também em inglês (*Alzheimer and psychoanalysis; Alzheimer and psychodynamic; e Alzheimer and repetition compulsion*). Encontrou-se apenas sete artigos que se aproximaram do tema deste trabalho dentro dos critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra e gratuitamente na base de dados, e artigos escritos nos idiomas português ou inglês. Não foram encontrados artigos em português. Foram ainda consultadas obras consagradas da Psicanálise, especialmente da corrente teórica freudiana. Uma interlocução entre a Psicanálise e as Neurociências é proposta, a fim de considerar a relação que o sujeito estabelece com sua doença, sem com isso negligenciar os aspectos fisiológicos e cognitivos caros ao processo de demenciação na DA. Entende-se que o discurso repetitivo do idoso pode servir-lhe como uma tentativa de manutenção da identidade subjetiva ao longo do tempo. Impõe-se o desafio da sustentação de uma escuta que favoreça a preservação do sujeito demenciado nas funções socializante e libertadora da linguagem. A restrição de estudos específicos sobre o fenômeno da repetição vinculada à discussão psicanalítica sobre o envelhecimento humano foi uma limitação para este estudo. Aponta-se a necessidade de elaborações teóricas mais profundas, ancoradas em ensaios clínicos mais amplos acerca do tema.

Palavras-chave: demência de Alzheimer; psicanálise; repetição; identidade, subjetividade.

Abstract

The article proposes to articulate the phenomenon of repetition, in a psychoanalytic perspective, to the characteristic repetitive discourse of patients with Alzheimer's Disease (AD), considering the neurocognitive correlates of this process. This is an exploratory theoretical study. Methodologically, a search of articles in the databases PsycINFO (APA), SciELO and PePSIC with the following descriptors: in Portuguese: Alzheimer e Psicanálise; Alzheimer e Psicodinâmica; Alzheimer e Repetição à compulsão; and in English Alzheimer and psychoanalysis; Alzheimer and psychodynamic; and Alzheimer's and repetition compulsion. There were only seven articles that approached the theme of this work, within the criteria of inclusion: articles available in full and free of charge in the database, and articles written in

Portuguese or English. No articles were found in Portuguese. Also consecrated works of Psychoanalysis were consulted, especially the current Freudian theoretical. An interlocution between Psychoanalysis and Neurosciences is proposed in order to consider the relationship that the subject establishes with his illness, without neglecting the physiological and cognitive aspects that are dear to the process of dementia in AD. It is understood that the repetitive discourse of the elderly can serve as an attempt to maintain subjective identity over time. The challenge of sustaining a listening that favors the preservation of the demented subject in the socializing and liberating functions of language. The restriction of specific studies on the phenomenon of repetition linked to a psychoanalytic discussion about human aging was a limitation of this study. The need for deeper theoretical elaborations, anchored in broader clinical trials on the subject, is pointed out.

Keywords: *Alzheimer's dementia; psychoanalysis; repetition; identity; subjectivity.*

Resumen

El artículo propone articular el fenómeno de la repetición, en una perspectiva psicoanalítica, al discurso repetitivo característico de los pacientes con Alzheimer (DA), considerando los correlatos neurocognitivos de este proceso. Se refiere a una investigación teórico-exploratoria. Metodológicamente fue realizada una búsqueda de artículos en las bases de datos PsycINFO (APA), SciELO y PePSIC con los siguiente descriptores: Alzheimer y Psicoanálisis; Alzheimer y Psicodinámica; Alzheimer y Repetición a la compulsión; y en inglés Alzheimer and psychoanalysis; Alzheimer and psychodynamic; y Alzheimer and repetition compulsion. Fue encontrado solo siete artículos que se acercaron al tema de este trabajo, dentro de los criterios de inclusión: artículos disponibles en la íntegra y gratis en las bases de datos, y artículos escritos en los idiomas portugués o inglés. Artículos en portugués no fueron encontrados. Fueron consultadas aún obras importantes del psicoanálisis, especialmente de la corriente freudiana. Es propuesta una interlocución entre el Psicoanálisis y las Neurociencias con la finalidad de considerar la relación que el sujeto establece con su enfermedad, sin que se pase por alto los aspectos fisiológicos y cognitivos caros al proceso de demencia en la DA. Se entiende que el discurso repetitivo del anciano puede servirle como intento de manutención de la identidad subjetiva a lo largo del tiempo. Se impone el reto del apoyo de una escucha que favorezca la preservación del sujeto demenciado en las funciones socializante y libertadora del lenguaje. La restricción de investigaciones específicas sobre el fenómeno de la repetición relacionada a una discusión psicoanalítica sobre el envejecimiento humano fue una limitación para este trabajo. Se indica la necesidad de elaborar teorías más profundas, ancladas en ensayos clínicos más amplios a cerca del tema.

Palabras clave: *demencia de Alzheimer; psicoanálisis; repetición; identidad; subjetividad.*

Résumé

L'article propose articuler le phénomène de la répétition, dans une perspective de la psychanalyse, avec le discours répétitif caractéristique des patients atteint de la maladie d'Alzheimer (MA), en considérant les corrélations neurocognitives de ce processus. Il s'agit d'une étude théorique exploratoire. Sur le plan méthodologique, il y a eu une recherche d'articles dans les bases de données PsycINFO (APA), SciELO et PePSIC avec les mots clés suivants : Alzheimer et psychanalyse; Alzheimer et psychodynamique; Alzheimer et la compulsion de répétition; et en anglais: Alzheimer and psychoanalysis; Alzheimer and psychodynamic; et Alzheimer and repetition compulsion . Nous avons trouvé seulement sept articles qui abordent le thème de ce travail, dans les critères d'inclusion: articles disponibles dans son intégralité et gratuitement dans la base de données et des articles rédigés en langues portugaise ou anglaise. Nous n'avons pas trouvés des articles en Portugais. Des oeuvres consacrées de la psychanalyse ont été consultées, surtout de la théorique freudienne. Un dialogue entre la psychanalyse et les neurosciences est proposé, afin d'examiner la relation que le sujet établit avec sa maladie, sans pour autant négliger les aspects physiologiques et cognitives, chères au processus de demence chez la MA. Il est entendu que le discours répétitif des personnes âgées peut servir comme une tentative de maintenir l'identité subjective au fil du temps. S'impose le défi de la sustentation d'une écoute qui favorise la préservation du sujet dément chez les fonctions de socialisation et de libération langagière. La restriction des études spécifiques sur le phénomène de la répétition liée à une discussion psychanalytique sur le vieillissement humain a été un frein à cette étude. Il faut souligner la nécessité d'élaborations théoriques plus profondes, ancrées dans des essais cliniques plus vastes sur le sujet.

Mots-clés: *démence d'Alzheimer; psychanalyse; répétition; identité; subjectivité.*

O trabalho com os pacientes idosos acometidos pela doença de Alzheimer (DA), em seus diferentes níveis de estadiamento, lança os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde ao desafiante manejo, em sua prática clínica, das manifestações neuropsiquiátricas da demência (Caramelli & Bottino, 2007), popularmente denominadas sintomas comportamentais e psicológicos da demência (em inglês, *BPSD*). As principais definições para os *BPSD* incluem o conjunto

de sinais e sintomas referentes às mudanças em torno da percepção, do pensamento, do humor ou do comportamento dos pacientes (Finkel, Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1996).

Presentes em cerca de 90% dos quadros demenciais, os *BPSD* se correlacionam com o prognóstico desfavorável da doença, o alto risco da perda da funcionalidade, a expressiva sobrecarga emocional dos familiares e/ou cuidadores e com o aumento da incidência de institucionalização (Moraes & Moraes, 2010). Na DA, os principais *BPSD* demonstram ser: apatia, disforia, irritabilidade, agitação/agressividade, ansiedade, alterações do sono e a depressão, segundo estudos de Hwang et al. (2004) e de Geda et al. (2004), apresentados em conferência clínica por Caramelli e Bottino (2007). Além dessas expressões clínicas, os comportamentos repetitivos estão entre os mais comuns e onerosos *BPSD* na DA e em outras síndromes demenciais (Cullen et al., 2005). Apesar desse dado, poucos são os estudos que se debruçam especificamente sobre o fenômeno da repetição nas demências buscando compreender suas causas e correlatos.

Tal restrição também se observa no campo da psicanálise e a clínica do envelhecimento ainda constitui tema de poucas produções. O silêncio em torno da velhice e a não diferenciação dessa clínica na psicanálise constitui herança do próprio Freud (1932/1976) ao sinalizar que na velhice as defesas estariam por demais acirradas e não haveria tempo suficiente para operação de mudanças ou retificações subjetivas. Por isso, propõe-se revisitar alguns conceitos teóricos e destacar a importância de estudos psicanalíticos que abarquem os fenômenos apresentados pelos pacientes demenciados.

A busca por maior fundamentação da prática clínica foi a principal motivação para este estudo, uma vez que as doenças neurodegenerativas são uma constante no trabalho com os idosos. Estando acometidos por um processo neurodegenerativo, os idosos se encontram imersos em uma realidade que os compele a ocupar novos papéis na sociedade e na família, e que, feito uma avalanche, os tencionam a uma redefinição da identidade subjetiva. Nesse âmbito, quando se diz do fomento ao estudo psicanalítico sobre o idoso, faz-se referência à “responsabilização do analista quanto ao seu ato e à transmissão da sua prática clínica, obrigando cada analista, em cada caso, a recriar o método, constituindo um estilo” (Vorcaro, 2010, p.11). Freud, em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919/1987), já alertara sobre a necessidade da adaptação da técnica psicanalítica às novas condições sociais, ao vislumbrar a extensão da oferta de atendimentos às populações mais pobres e quiçá em instituições públicas e privadas. O aumento progressivo da população idosa também se apresenta como uma condição social contemporânea importante para o fomento da discussão de questões em torno da subjetividade e do envelhecimento.

A velhice inscreve no corpo as perdas advindas da passagem do tempo, apresentando para o sujeito um futuro que parece se esvaír frente à proximidade real da morte. O retorno às lembranças do passado e as tentativas constantes de repetição destas por parte de muitos idosos, seja através do discurso, seja de outros comportamentos, tendem a reforçar o caráter de estigma para a velhice. Isso se destaca mais ainda em nossa contemporaneidade, que se alimenta imperativamente de imagens que se renovam. Nas demências, o que parece ocorrer, pela aceleração abrupta dos comprometimentos cognitivos e dos lutos impossíveis que os sucedem, é o progressivo desmoraonamento do eu, compelido ao sofrimento não metabolizável ou não elaborável da própria finitude (Goldfarb, 2004).

O presente artigo busca a articulação do fenômeno da repetição, na perspectiva da Psicanálise, ao discurso repetitivo encontrado nos pacientes com DA, propondo refletir sobre a possível interlocução entre a Psicanálise e as Neurociências e considerar os conflitos psíquicos que podem estar atrelados às perdas cognitivas do idoso.

Método

Para a realização deste estudo teórico exploratório, procedeu-se à seleção de artigos na base de dados PsycINFO (APA), SciELO e PePSIC, em 13/04/2013, com os seguintes descritores: Alzheimer e Psicanálise; Alzheimer e Psicodinâmica; e Alzheimer e Repetição compulsão; e em inglês Alzheimer and Psychoanalysis; Alzheimer and Psychodynamic; e Alzheimer and Repetition compulsion. Não foram encontrados artigos em português. Poucos foram os estudos encontrados que relacionavam a Psicanálise e a DA. Pesquisando o descritor *Psychoanalysis* encontrou-se um total de 42.600 documentos, e pesquisando somente o descritor *Alzheimer's disease* foram encontrados 30.254 documentos. No entanto, ao se fazer a busca correlacionando os dois descritores acima, foram encontrados apenas 27 documentos. A pesquisa com os descritores *Alzheimer's disease and Repetition compulsion* resultou somente em dois artigos. A busca com os descritores Alzheimer e *Psychodynamic* encontrou 25 artigos, totalizando, portanto, 54 artigos no produto final após busca com todos os descritores utilizados, dos quais 07 foram selecionados para este estudo, segundo os critérios de inclusão: pertinência ao tema, artigos disponibilizados na íntegra e gratuitamente na base de dados, e artigos escritos nos idiomas português ou inglês, tendo sido excluídos os artigos que não se enquadraram nesses critérios. Foram feitas consultas a obras consagradas de Psicanálise, e outras leituras prévias nessa área.

Sobre o Alzheimer: Epidemiologia, Critérios Diagnósticos e Principais Propostas de Tratamento não Farmacológico

Segundo dados da última *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e publicada em 2015, os idosos com idade superior a 60 anos correspondem a 13,7% de toda a população do Brasil. E as estimativas mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, 18,6%, e, em 2060, 33,7%.

Em consulta ao *World Alzheimer Report* (2015), estima-se que 46,8 milhões de pessoas estejam acometidas por alguma demência, prevendo-se que esse número duplique a cada 20 anos, com expectativa de atingir 74,7 milhões em 2030 e 131,5 milhões em 2050. A doença de Alzheimer (DA) figura como a mais prevalente entre as síndromes demenciais. Ao redor do mundo, estima-se que cerca de 35,6 milhões de pessoas estejam acometidas por ela, sendo, só no Brasil, cerca de 1,2 milhão de casos, ainda que nem todos devidamente diagnosticados, segundo dados da Associação brasileira de Alzheimer (ABRAZ).

Em artigo de revisão, Grand, Caspar e MacDonald (2011) baseiam o diagnóstico da DA na identificação e na avaliação de recursos da história do indivíduo e no exame clínico para identificar sinais sugestivos da doença, excluindo outras causas de degeneração neuronal. Conforme indica Frota et al. (2011), para esse diagnóstico, utilizam-se testes de laboratório (para investigação da presença de biomarcadores que sinalizem a patogenia ou para a comprovação da presença de mutação genética causadora da doença) e de neuroimagem (tomografia e, preferencialmente, ressonância magnética do crânio). Ainda segundo esses mesmos autores, os seguintes critérios também são fundamentais para o diagnóstico da doença: (a) início insidioso (meses ou anos); (b) história clara ou observação de piora cognitiva progressiva, sendo recomendadas avaliações sucessivas para aumentar a confiabilidade do diagnóstico clínico; e (c) déficits cognitivos iniciais em, pelo menos, um dos seguintes domínios: memória, linguagem, função viso-espacial e função executiva.

Na prática clínica, usualmente encontra-se no discurso dos familiares o correlato entre o aparecimento dos sintomas e a vivência de um trauma¹ (morte ou distanciamento de entes queridos, catástrofes ambientais ou de grande repercussão social, perda de recursos financeiros). Porém, o que ocorre é que tais eventos servem como marcadores para o início da percepção, pelos familiares e cuidadores, dos declínios cognitivos que provavelmente já eram antes apresentados pelo idoso, talvez de uma forma mais discreta (Grand et al., 2011).

As significâncias construídas pelos sujeitos com lesão cerebral para os sintomas desenvolvidos com a doença, apoiados em elementos exteriores da sua história pessoal ou da sua vivência social, podem ser vistos como uma tentativa de representação para o adoecimento, na falta de uma representação interna para os efeitos traumáticos da doença. E ainda, como uma tentativa de integrar a experiência de adoecimento em sua trajetória de vida, ressignificando-a. Assim, os elementos da realidade poderiam servir, tanto aos pacientes quanto aos familiares e cuidadores, como próteses de representação (Winograd, Sollero-de-Campos, & Drummond, 2008) e mecanismos de enfrentamento do estresse e do sofrimento advindos das rupturas impostas pela doença.

As abordagens não farmacológicas de tratamento para a DA têm tido mais evidência nos últimos 30 anos, e a sua indicação deve preceder a administração de medicamentos, priorizando-se, num primeiro momento, a orientação e o treinamento do cuidador. Posteriormente, sejam os tratamentos não-farmacológicos utilizados unicamente, seja em combinação com métodos farmacoterapêuticos, é importante considerar que o seu objetivo principal é a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência, mesmo sendo a eficácia clínica das terapias não farmacológicas ainda questionadas e avaliadas.

Dentre os tratamentos não farmacológicos para a DA, as principais terapias são as de base cognitiva, com estratégias de atendimento que visam “incrementar ou melhorar a capacidade do indivíduo para processar e usar a informação, assim como permitir o funcionamento adequado da vida cotidiana” (Moraes, 2008, p. 366). Outros tratamentos não farmacológicos para a DA seriam as terapias psicossociais (individuais ou de grupo) e as atividades físicas (Grand et al., 2011).

Coutinho e Laks (2012) alertam para o crescimento do número de casos de demência nas próximas décadas, sendo preponderante nos países de baixa e média rendas, incluindo-se aí o Brasil. Essas evidências suscitam reflexões que se referem não somente às questões relacionadas à economia e à gestão de uma população que envelhece a cada dia, mas, sobretudo, para a necessidade de pesquisas que direcionem a adoção de medidas para lidar com esse novo cenário demográfico e epidemiológico. O desconhecimento de parcela significativa da população acerca das demências pode refletir na sobrecarga emocional dos familiares e cuidadores, tornando-se, assim, crucial o fomento de estudos e de estratégias de cuidado multiprofissionais para o manejo dos sintomas clínicos e comportamentais da doença considerando a qualidade de vida dos idosos acometidos (Grand et al., 2011).

1 O trauma é compreendido como um acontecimento caracterizado por um intenso choque emocional. Na teoria freudiana, há uma dimensão econômica ligada ao trauma, no sentido do afluxo excessivo de excitações liberadas no aparelho psíquico pela violência do abalo sofrido (Freud, 1920/1996b). Aproximando-se do tema deste artigo, o sujeito pode encontrar na repetição da vivência traumática inicial, seja na relação transferencial ou não, uma tentativa de dissolução dessas tensões excessivas para o alívio do sofrimento.

O tratamento da DA é essencialmente multidisciplinar, pois mesmo sendo as demandas, por sua natureza, médicas, tais como as alterações neurofisiológicas, elas podem vir acompanhadas por outros sinais e sintomas, exigindo a intervenção e/ou a reabilitação com outros profissionais da área da saúde. Tendo como foco, neste trabalho, as vicissitudes subjetivas relacionadas ao discurso repetitivo do idoso com DA, torna-se imprescindível tomar os aspectos neurocognitivos atrelados ao fenômeno da repetição, considerando que a proposta dessa complexa interlocução entre o saberes médico e psicanalítico possa contribuir para um entendimento mais integrativo e menos dicotômico do tema.

Psicanálise e Neurociências: Um Diálogo Possível?

Para abordar a desafiante possibilidade de interlocução entre a Psicanálise e as ciências dos campos neurológico e médico, faz-se necessário considerar os diferentes discursos e posições assumidos na prática clínica pelos profissionais dessas áreas do conhecimento.

Moretto (2002) apresenta, a princípio, o encontro dos discursos da Psicanálise e da Medicina sob a perspectiva de uma antinomia radical ao problematizar as diferenças inerentes às bases epistemológicas que norteiam as posições ocupadas na clínica por psicanalistas e médicos. Estando o discurso médico orientado pelos princípios do tecnicismo, do organicismo e da objetividade, privilegiando a relação do sintoma com a sua respectiva cura e a descrição dos efeitos das intervenções médicas sobre o corpo adoecido, os aspectos subjetivos acabam por ser abolidos. E é justamente nesse hiato criado entre a ordem médica e o determinismo psíquico que surge a Psicanálise como uma via de discussão dos sintomas e de tratamento.

A ordem médica constitui pelo negativo aquilo que a ordem psicanalítica irá tratar. Se a ordem médica detém o saber sobre a vida e a morte, o fato de excluir a subjetividade intensifica fenômenos subjetivos que a ela soam como estranhos, e dos quais ela não se propõe a tratar (Moretto, 2002, p. 53).

Se a antinomia entre a Medicina e a Psicanálise guarda, por um lado, uma conotação de radicalismo, de competitividade e até de acusação, traz em si, por outro lado, um desafiante convite à interface dessas duas disciplinas, à medida que revelam, em si mesmas, uma relação de co-existência e de dependência: “a ordem psicanalítica depende da exclusão feita pela ordem médica, e esta depende da presença da outra para poder continuar excluindo” (Moretto, 2002, p. 53).

A intervenção de base psicanalítica com os pacientes neurológicos se pauta pela investigação dos processos psíquicos e se situa como uma forma de tratamento das afecções psíquicas, privilegiando a relação que o sujeito estabelece com a doença que lhe afeta, sem com isso negligenciar os aspectos fisiológicos e cognitivos envolvidos no franco processo de adoecimento (Winograd et al., 2008).

Embora as ciências cognitivas também considerem as dimensões internas, como a expressão da afetividade e das emoções, o “sujeito que ela define é o conhecimento, do pensamento e do juízo” (Winograd et al., 2008, p. 146). Quanto aos aspectos inconscientes, a maneira como a Neuropsicologia Cognitiva os reconhece difere da concepção psicanalítica. Nas neurociências, os mecanismos inconscientes são atrelados aos processos cognitivos (memória, percepção, atenção) e o termo inconsciente se refere ao conteúdo que se encontra alheio à consciência e ao conhecimento, estando em um nível implícito: “assim, o modelo de inconsciente cognitivo é absolutamente diferente do inconsciente freudiano: não é uma instância psíquica, mas sim, o implícito” (Winograd et al., 2008, p. 146). Já para a Psicanálise, o inconsciente é tido como uma instância psíquica onde se dão os processos, impulsos e desejos sexuais que escapam à consciência através dos mecanismos de defesa, tais como a censura, a repressão e o recalque, e que podem se apresentar sob diferentes manifestações psíquicas, quais sejam: os lapsos, os esquecimentos, os sonhos, os atos falhos e os sintomas compulsivos dos neuróticos.

O inconsciente é um conceito central na Psicanálise, presente na teorização de Freud sobre o aparelho psíquico, formulado para a melhor compreensão do funcionamento da vida mental e dos processos psicológicos a partir de uma construção topográfica. Inicialmente descrito na Primeira Tópica do aparelho psíquico, em “A Interpretação dos Sonhos” (1900), os conteúdos do Inconsciente (Ics.) só poderiam tornar-se conscientes por meio do sistema Pré-consciente (Pcs.) e Consciente (Cs.).

O Pcs era constituído como um inconsciente provisório, latente, sempre susceptível de se tornar consciente, cumprindo uma tríplice função: proibidora, bloqueando o acesso direto ao Cs. dos materiais recalçados no Ics; reguladora, conectando a energia psíquica antes livre no aparelho psíquico; e permissiva, autorizando o retorno das representações inconscientes ao Cs. do sujeito ainda que sob a premissa da censura (Cunha, 1978). Já na Segunda Tópica da teoria freudiana, apresentada em 1915, o conceito de Id na topografia do aparelho psíquico passou a figurar como o reservatório das pulsões e a fonte das energias psíquicas, de onde se originam as outras instâncias do aparelho: o Superego (o componente moral e de censura do aparelho psíquico) e o Ego (mediador entre o Id e o Superego, principal influente na relação entre o sujeito e o ambiente externo).

O inconsciente estabelece sua relação com a memória. Freud teorizou acerca da memória antes mesmo que os conceitos fundamentais da Psicanálise, incluindo o de Inconsciente, tivessem sido formulados. Traçar um histórico mais aprofundado

sobre a memória ao longo da obra de Freud extrapolaria o objetivo deste trabalho.² Contudo, é importante destacar que Freud iniciou suas formulações sobre a memória a partir dos seus esforços em superar os conhecimentos cerebrais de sua época. Sua busca era a de compreender a funcionalidade em torno do aspecto psicológico para além do entendimento deste como um efeito fisiológico, “não se tratando mais de estabelecer uma relação mecânica entre elementos sensoriais (impressões) e elementos psíquicos (representações), mas de assinalar o paralelismo entre duas ordens de processos” (Garcia-Roza, 2009, p.33). A memória, em Freud, se constitui elemento fundamental para o delineamento da teoria. Mais do que um arquivo de informações históricas, a memória pode servir como potência para a evocação de conteúdos inconscientes e, portanto, inscreve-se como um componente do Inconsciente.³

Considerando as diferentes concepções entre as ciências cognitivas e a Psicanálise, tem-se que, para as neurociências, o norteamento técnico-teórico aponta para a detecção e a avaliação das perdas inscritas no corpo e nos domínios cognitivos advindos das alterações dos circuitos neuronais. Já para a Psicanálise, os apontamentos se dariam para as faltas estabelecidas pelo sujeito adoecido que, mesmo não sendo passíveis de visualização e de mensuração, podem deixar cicatrizes profundas, cuja dor só se pode medir pela experiência singular daquele que porta a doença em si.

Os estudos que versam sobre as vivências subjetivas e singulares dos pacientes neurológicos são escassos, impondo o desafio de considerar as tentativas de produção psíquica de cada sujeito, embora rudimentares e questionáveis, a despeito da demência (Goldfarb, 2004).

A esse respeito, Sacks (1933/1997), a partir da sua prática como neurologista, apresenta um campo de intervenção clínica com os pacientes neurológicos, considerando-os para além de suas patologias cerebrais. O autor constrói a noção de uma neurologia da identidade, a partir da qual os elementos da intimidade dos pacientes serviriam a eles próprios como um resgate dos seus sentimentos, vontades e existência moral, aspectos não pronunciáveis pela ciência. Nas palavras de Sacks:

(...) a ciência empírica, o empirismo, não leva em consideração a alma, não trata do que constitui e determina a existência pessoal. Talvez haja nisso uma lição filosófica além de clínica: (...) na demência e outras catástrofes semelhantes, permanece intacta uma possibilidade de reintegração pela arte, pela comunhão, pelo contato com o espírito humano: e isso pode ser preservado no que a princípio parece ser um estado irremediável de devastação neurológica. (Sacks, 1933/1997, p. 55)

As diferenças epistemológicas e metodológicas entre a Psicanálise e as ciências do campo neuro, ao invés de servirem a um reducionismo teórico-clínico, que pode ser arriscadamente assumido como postura de profissionais de ambas as áreas, poderiam operar para a abordagem da complexidade dos fenômenos clínicos e psíquicos dos pacientes com demência. A antinomia entre essas duas disciplinas é esperada pela diferença da proposta de cada discurso, porém, esforços são necessários para permitir que os profissionais se abram para esse campo fértil, ainda que intrigante, de trabalho e de diálogo multidisciplinar.

O Fenômeno da Repetição: Entre as Perdas e a Manutenção da Identidade

Os comportamentos repetitivos são marcadores de alterações neuropsicológicas, estando atribuídas aos comprometimentos cognitivos na DA. Por outro lado, o discurso e as ações repetitivas podem servir ao cumprimento de uma função interna para o sujeito, a despeito de qualquer declínio das funções mentais. É o que será exposto a seguir.

Considerações sobre as Ações e o Discurso Repetitivo no Alzheimer

São raras as pesquisas que se propõem a estudar especificamente o comportamento repetitivo na DA, estando o estudo desse fenômeno atrelado às outras categorias mais amplas dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência, tais como: agitação, ansiedade, comportamentos vocais e perturbações verbais (Cullen et al., 2005). Em termos da produção psicanalítica sobre a DA, a escassez de estudos também é uma realidade.

Os comportamentos repetitivos podem ser explicados, à luz do substrato neuropsicológico, pelo comprometimento das funções executivas, incidindo em déficit no planejamento, no sequenciamento e na execução efetiva das tarefas mais complexas, tais como o gerenciamento financeiro, o controle do comportamento social e a tomada de decisões, o quais são notadamente característicos da DA, e também pelo processo de lentificação cognitiva tão cara ao curso natural da doença, que

2 Para o aprofundamento do estudo da memória em Freud nos seus textos iniciais, pode-se consultar: “Sobre a concepção das afasias” (1891), “Projeto de uma psicologia científica” (1895), “Carta 52” (1896), “Estudos sobre a histeria” (1893).

3 Ver: “Trauma, memória e escrita: uma articulação entre a literatura de testemunho” (Antonello, 2016, pp. 37-44) em que o autor descreve as memórias representativa e traumática e seus diferentes mecanismos de funcionamento no aparelho psíquico e de acesso aos sistemas perceptivo-consciente e inconsciente.

se evidencia pelas alterações na modulação da atenção, culminando com a perda do controle inibitório (Perry & Hodges, 1999).

É habitual que os familiares e cuidadores de pacientes idosos demenciados atribuam o discurso repetitivo, que mais frequentemente aparece por meio de perguntas aos seus principais interlocutores, ao prejuízo da memória. Esse questionamento repetitivo parece mesmo ter ligação direta com a perda de memória (Ready, Ott, & Grace, 2003), apesar de ainda não se ter claro se essa deficiência seria de codificação ou de recuperação das informações.

É relevante considerar que, apesar de todos os idosos acometidos pela DA apresentarem comprometimento da memória, não são todos eles que se tornam questionadores repetitivos com o aparecimento e o desenvolvimento da doença, o que pode significar que, ou um aspecto especial da memória estaria prejudicado nos idosos questionadores, ou que o nível global da perda de memória seria mais grave nesses pacientes (Cullen et al., 2005).

Ainda em referência a Cullen et al. (2005), parece haver uma correlação entre a presença de ações repetitivas e de sintomas depressivos, o que ainda não é suficiente para predizer que os comportamentos repetitivos estariam ligados ao diagnóstico de depressão. No entanto, principalmente em relação aos elementos repetitivos presentes no discurso dos pacientes com DA, uma hipótese seria que, com o comprometimento da capacidade de expressão verbal, o que dificultaria o idoso a dizer sobre si, o rebaixamento do humor transpareceria através de uma fala marcada pela repetição.

Cullen et al. (2005) apontam os estudos de Lebert et al. (2004) e de Sultzer et al. (1997, 2001) sobre o tratamento farmacológico de pacientes com demência que obtiveram resposta satisfatória com o uso de antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina (Trazodona). Os efeitos dessa medicação foram associados à redução de comportamentos estereotipados, de busca e também da agitação, particularmente nos casos que também apresentavam sintomas clínicos de depressão. Isso sugere que os sintomas depressivos, bem como as ações repetitivas, tenham uma base biológica, provavelmente com relação aos reduzidos níveis de concentração de serotonina no meio extracelular. A associação entre os sintomas de depressão e as ações e os discursos repetitivos ainda deve ser esclarecida, de modo a investigar se tal relação é causal ou coincidente (Cullen et al., 2005).

É importante atentar para o fato de que a presença repetitiva de determinados temas no discurso do idoso com DA pode cumprir-lhe alguma função interna, tal como a continuidade do *self* e a tentativa de preservação da sua interação social (Basset & Graham, 2007), e que por isso deve ser tratada com sensibilidade, considerando-se os correlatos cognitivos e afetivos envolvidos na complexidade desse fenômeno.

A Repetição em Freud e o Discurso do Idoso com DA

O conceito de repetição está presente desde muito cedo na obra freudiana, sofrendo modificações de acordo com a própria construção presente em cada momento teórico, como na função de facilitação e na teorização do conceito da própria memória, que ocorre no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895), quando Freud aborda a experiência de satisfação e a experiência da dor. Em outra etapa, nas teorizações acerca dos sintomas neuróticos e nas neuroses transferenciais, a repetição está na fundamentação que Freud elabora para eles. Observa-se ainda que os textos de Freud que se empenham na descrição da pulsão destacam a construção do pulsional como uma força constante e repetitiva.

Em especial, interessa-nos os dois momentos teóricos distintos da obra de Freud que tecem sobre a repetição, após as elaborações iniciais. Faremos uma discussão sucinta para que, melhor compreendendo a função desse fenômeno sobre o psiquismo numa perspectiva psicanalítica, possamos analisar a repetição de que trata este estudo: o discurso repetitivo do idoso com DA. Um momento pode ser apreendido a partir do texto *Recordar, repetir e elaborar* (1914) e o outro se destaca nas formulações presentes em *Além do princípio do prazer* (1920).

No primeiro, a repetição está ligada à atualização dos sintomas neuróticos na relação transferencial com o analista, trazendo em cena a dimensão inconsciente recalcada, marcadamente associada à reprodução ou à atualização de temas ligados a alguma parte da vida sexual infantil (neurose primitiva). Assim, a compulsão à repetição funcionaria como um impulso à ação, em substituição à recordação, que se encontra dificultada pelo mecanismo defensivo da resistência. Logo, a repetição, sendo da ordem da ação, é aqui definida como algo que faz oposição ao saber (Pena, 2007). Freud localiza no manejo da transferência pelo analista o principal recurso para a repressão do ato compulsivo de repetição:

(...) o instrumento principal para reprimir a compulsão à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. Tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido. (Freud, 1914/1996a, p. 201)

É possível substituir a neurose primitiva pela neurose de transferência por meio da transferência. A partir daí, espera-se a diluição das barreiras da resistência, permitindo ao sujeito ter acesso às suas lembranças antes recalçadas, elaborando-as na análise, ao se ativar tanto quanto possível o canal da memória e o menos possível o retorno do recalcado via repetição. “A

partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada” (Freud, 1914/1996a, p.201).

Já em *Além do princípio do prazer* (1920/1996b), Freud tece uma nova formulação teórica em torno da compulsão à repetição, desta vez não mais ligada ao campo transferencial, mas tendo sua força na pulsão, entendida como uma propensão a restaurar uma situação anterior, diferenciando-a no dualismo pulsão de vida e pulsão de morte.

De modo geral, podemos situar a pulsão de vida no trabalho de atração e de conservação dos objetos que já representaram fontes de prazer e de satisfação para os sujeitos, o que se dá por meio do investimento da energia libidinal nesses mesmos objetos. Em distinção à pulsão de vida, está a pulsão de morte, para a qual convergem todas as tendências destrutivas e agressivas do ser humano, através do desligamento da energia libidinal. Em suma, “as pulsões de vida ligam, integram e ampliam o ser, ao passo que as pulsões de morte separam, isolam e reduzem o ser a seu estado mais crispado e doloroso” (Nasio, 1942/2013, p. 40).

Foi a partir da observação, no contexto clínico, da repetição como um ato compulsivo, que Freud teceu sua teorização acerca da pulsão de morte. “De origem inconsciente, e, portanto, difícil de controlar, essa compulsão leva o sujeito a se colocar repetitivamente em situações dolorosas, réplicas de experiências antigas” (Roudinesco & Plon, 1998, p.631). Devemos considerar que, na experiência traumática, o sujeito é tomado pelo pulsional de forma invasiva, num contexto de excitação sem limite e sem inscrição que dê conta de significar a experiência. As experiências antigas com força de trauma retornam sempre que o pulsional irrompe sobre o psiquismo do sujeito. A compulsão à repetição ocorre como uma medida defensiva e automática para a dissolução das tensões excessivas causadas pelo trauma que, por não poderem ser ligadas ou inscritas em traços mnêmicos e representações, ficam como energia livre e degradante no aparelho psíquico. Dessa forma, pela repetição, essa energia livre tem a possibilidade de se atrelar ao inconsciente e, talvez, emergir ao consciente em outro momento, por exemplo, em um processo analítico.

Embora a repetição presente no discurso do idoso portador da doença esteja em um registro diferente da compulsão à repetição no sentido da revivescência de situações traumáticas, pode-se observar, tanto pela clínica quanto pela observação cotidiana no convívio com os idosos demenciados, que o conteúdo do que é revivido pela via da palavra parece ser mais estruturado por elementos componentes das experiências de vida cada um (as histórias de vida ligadas ao papel do idoso na família desde a infância, suas atividades de trabalho e lazer, sua vida social, suas preferências pessoais, boas ou ruins, etc.), que configuram fragmentos da memória anteriores à doença e são recorrentes na fala dos idosos.

A formulação descrita aponta para as tentativas de retorno ao passado funcionando como conexões que podem favorecer ao resgate da subjetividade. Seria uma forma de proteger/conter a integridade psíquica, uma busca insistente de escape às forças desvinculantes e agressivas da doença, que, na contracorrente, avassala o sujeito à medida que a demência avança. Afinal, “o objetivo da vida psíquica é manter ou recriar interpretações sobre o vivido, de maneira que o investimento sobre esse vivido continue possível” (Goldfarb, 2004, p. 194).

Ainda que a pulsão de morte seja a principal regente da repetição, ao colocar os sujeitos na direção de experiências dolorosas ou que não encontram representação, sobrepujando o princípio do prazer, responsável pela diminuição das excitações sobre o aparelho psíquico, a pulsão de vida segue insistindo na sua função vinculante, lutando contra as forças contrárias ao seu destino. “(...) Para que aconteça um desinvestimento, é necessária uma grande dose de sofrimento; porém, felizmente, a pulsão de vida não renuncia facilmente às posições ganhas” (Goldfarb, 2004, p. 194).

O Discurso Repetitivo do Idoso, a Identidade e a Reminiscência Elaborativa

O idoso com DA tende a ser reconhecido como dependente, desmemoriado, caduco, demente, muitas vezes circunscrevendo suas relações mais íntimas aos cuidados com o corpo (higienização, alimentação, administração de medicamentos), com pouco estímulo à singularidade desse sujeito que inspira cuidados. O idoso com DA desaloja-se de si mesmo, condenado ao vazio das perdas da sua história e do seu projeto de vida. O tempo confirma as diferenças associadas à demência, denunciando os déficits instaurados pela doença e seus efeitos de descontinuidade dos laços sociais. Nesse contexto, o passado pode servir como um tempo em suspensão (Goldfarb, 2004), guardião das memórias que, insistentemente, retornam idênticas à maneira como um dia foram vividas, servindo como um ponto de ancoragem para o idoso e evitando que ele se perca enquanto um sujeito historicamente constituído.

Nessa perspectiva positiva da repetição, Derrida (1967/2002) discute a mortalidade do aparelho psíquico entendido como uma máquina de funcionamento independente e solitário: “A máquina não anda sozinha, significa outra coisa: mecânica sem energia própria” (p.222). Para o autor, a vida psíquica depende da sua relação com a sociedade, com o mundo e com o “presente vivo que originalmente repete” (p.222) para a fundação e a escrituração do psiquismo. Desse modo, o autor nos traz a ideia de que a vida se defende pela repetição.

Compreendendo a identidade como a permanência das características individualizantes do sujeito, tornando-o singular frente aos demais, é importante considerar como a fundação, bem como a preservação da identidade, estará relacionada com

a maneira pela qual o sujeito irá viver a sua passagem pelo tempo. O tempo, para além da sua concepção cronológica, é tido como um marcador do curso da vida que orienta o sujeito também rumo à construção de conceitos, memórias e histórias, produtos do trabalho psíquico estruturante da identidade (Goldfarb, 1998).

Entende-se que, ao repetir suas vivências antigas, o sujeito idoso com DA retorna ao tempo passado e, por meio da rememoração das suas histórias, uma via de ligação do passado e das circunstâncias do presente pode se articular, vislumbrando a vivência do futuro e a continuidade do ser (Goldfarb, 1998). A esse retorno ao passado via repetição, como uma tentativa possível de resgate identitário, denomina-se reminiscência, que é “uma forma especial de fantasia que se desenvolve na velhice e que, longe de representar um fator patológico, é mais uma reafirmação da própria história que devemos considerar como uma salvaguarda do declínio mental” (Goldfarb, 2004, p.234).

No entanto, para que o tempo do passado, tempo em suspensão, encontre as tramas do presente e do futuro, e se torne um tempo de ligação, na reminiscência, será necessário outro que sustente a escuta dessas histórias e as acolha, auxiliando o idoso na concatenação, ainda que temporária, desses três tempos. É o que Goldfarb (2004) denomina como reminiscência elaborativa:

(...) para que a reminiscência seja elaborativa é necessário que as circunstâncias atuais restabeleçam uma comunicação com o passado e despertem a esperança no futuro (...). O trabalho de reminiscência consiste, enfim, em ligar emoção atual e passada e unir o que foi ao que é, dando unidade à existência” (Goldfarb, 2004, p.235).

Na leitura de Nasio (1942/2013), embora o autor não se utilize dos termos reminiscência ou reminiscência elaborativa, encontra-se, de maneira correspondente, o que ele denomina repetição sadia, cujos efeitos benéficos para o sujeito seriam a autopreservação, o desenvolvimento pessoal e a consolidação da identidade. Nas palavras do autor, a finalidade da repetição sadia seria, essencialmente, “uma tendência irreduzível que não tem outro fim a não ser permanecer sempre uma força que avança e nos arrasta para nos tornarmos mais nós mesmos” (Nasio, 1942/2013, p. 30).

O intenso abalo sobre o psiquismo, especialmente nas fases moderada e avançada da DA, provocado pelo trauma de sucessivas perdas neuronais, não permite o trabalho elaborativo sobre o que é dito e (re) vivido, tal como acontece por meio do laço transferencial. No entanto, a repetição, nos casos neurodegenerativos, poderia ser tida como uma última e desesperada tentativa de pulsão de vida para conservar a identidade subjetiva (Goldfarb, 1998), mesmo à custa das forças desvinculantes que acompanham a evolução natural da doença.

Considerações Finais

Uma reflexão é proposta para o encerramento deste trabalho, que é a de considerar a memória como um construto social e normativo, além de cognitivo. Conforme salienta Zerubavel (1997) citado por Basset e Graham (2007), as lembranças, reflexões e imaginações não são simplesmente atos individuais, mas também socialmente construídos. As memórias comportam em si um valor de normatização cognitiva e social, na medida em que somos treinados, desde a infância, a nos concentrar e a pensar em nossas experiências em razão de uma forma socialmente apropriada, em que não cabe, por exemplo, o retorno ao passado.

No mundo contemporâneo, o passado tende a perder o seu valor, e os sujeitos são impulsionados a focar o olhar e o planejamento sempre em direção ao futuro, independentemente se nos âmbitos da carreira, do trabalho, financeiro ou afetivo. Sendo assim, pode-se ter em mente que os idosos com DA, pelos declínios em sua memória, estariam desapropriados dessa norma social e cognitivamente estabelecida. Entretanto, a hipótese vislumbrada neste artigo é a de que, mesmo estando tolhidos em várias das suas capacidades cognitivas, funcionais e produtivas, os pacientes com DA não se tornam completamente desapropriados em sua subjetividade.

A ancoragem do sujeito nas lembranças remotas pode surgir, na DA, como um fenômeno psíquico de sustentação da identidade subjetiva, de manutenção da consciência de si e da continuidade do eu, aspectos tão marcadamente ameaçados pela evolução da demência. Mesmo que na fase intermediária da doença as lembranças apareçam desvinculadas do seu caráter emocional, sugerindo que essa vinculação ainda esteja presente na fase inicial da DA, tais lembranças parecem permanecer ligadas aos fatos autobiográficos (Lemos, Hazin, & Falcão, 2012). Isso remontaria à necessidade de se pensar em intervenções especialmente com os idosos na fase inicial da doença, em uma tentativa de mantê-los integrados ao esquema de si por maior tempo, além de mantê-los vinculados a uma sociabilidade que lhes seja o mais razoável possível, o que provavelmente surtiria efeitos satisfatórios sobre o estado emocional dos familiares e cuidadores desses idosos.

Algumas questões são necessárias e apontam como possíveis intervenções de apoio para o cuidado do idoso portador de DA. Em primeiro lugar, os profissionais de saúde precisam estar aptos a identificar as principais referências familiares para o cuidado e cercá-las de conhecimento acerca da DA e sua evolução. Tal medida pode auxiliar a família na aceitação da doença e na reconstrução do significado de ter um membro familiar com uma doença neurodegenerativa, o que traz repercussões

profundas na dinâmica familiar em vários âmbitos: afetivo, financeiro e de trocas de papéis. A inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar é importante nesse trabalho de escuta com a família, acolhendo os afetos ambivalentes que permeiam o cuidado (raiva, esperança pela cura, cansaço físico e sobrecarga emocional, culpa, desesperança, compaixão). O cuidado ao cuidador é imprescindível, pois dele dependerá a escuta adequada e acolhedora do idoso com DA no cotidiano de cuidados.

Nos estágios iniciais da DA, o idoso pode ainda apresentar vigor físico e boa capacidade para manter uma conversa social (Coelho & Alvim, 2004). Desde os anos iniciais da doença, intervenções de estímulo à memória, repetindo as preferências do idoso, já se apresentam como estratégias para a manutenção da sua subjetividade e da sua participação interpessoal por meio da reminiscência elaborativa.

O uso de livros, filmes, fotografias e músicas de épocas anteriores da vida do idoso, às quais ele pode fazer menção repetitivamente em seu discurso, pode lhe cumprir a função reminescente de trazer à tona emoções do passado e concatená-las com as emoções presentes, com a ajuda de um cuidador que demonstre interesse e respeito pelos afetos evocados por esses conteúdos. Além disso, o uso dessas ferramentas também cumpre uma função de estimulação importante que auxilia na manutenção das funções cognitivas do idoso pelo maior tempo possível.

Os manejos de cuidado que incluem a história particular do idoso e a dele dentro da história familiar podem promover uma relação entre o idoso e o cuidador mais harmoniosa e menos conflitante, não abarcando somente os cuidados essenciais com o corpo (alimentação, medicação, vestuário e segurança física), mas facilitando inclusive essa esfera de cuidados ao fazer o idoso se sentir acolhido e repetido em sua singularidade, que insiste em aparecer no seu discurso.

Vislumbrar as marcas da subjetividade, a despeito das marcas tão nitidamente inscritas pelo Alzheimer e que frequentemente insistem por se sobrepor ao que há de singular no doente, impõe-se como algo tortuoso, mas também como um belo desafio. A manutenção de uma escuta atenta do sujeito que porta a DA não é tarefa fácil, mas se firma como uma possibilidade de preservação desses pacientes na função libertadora e socializante da linguagem. Além de poder ter um efeito reparador e estimulante também para o cuidador, que sempre estará às voltas com a necessidade de abertura e flexibilidade do campo relacional com o idoso.

A premência dos métodos diagnósticos tradicionais, tais como os exames de neuroimagem e os testes laboratoriais, embora imprescindíveis para o diagnóstico e o valioso auxílio na definição de um tratamento seguro para a DA,

(...) não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e, fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos e das repetições [grifo nosso]. Só podem detectar perturbações morfológicas e funcionais no substrato material destas funções psíquicas tão imateriais. (Goldfarb, 2004, pp.59-60)

Considerar o trabalho de construção que a palavra do sujeito continua a cumprir, mesmo que de maneira trôpega e vacilante pelo estado de confusão mental entrecortado por períodos de lucidez, coloca-se como um desafio atual para a Psicanálise. O envelhecimento patológico, sobretudo as demências, representam um campo frutífero de estudos e de ensaios clínicos, por sua própria natureza multifatorial e por representarem uma parcela significativa das projeções epidemiológicas para a população mundial, o que aponta para a relevância de elaborações teóricas mais profundas ancoradas em ensaios clínicos mais amplos acerca do tema.

Referências

ABRAZ (Associação brasileira de Alzheimer). (Link)

Antonello, D. F. (2016). *Trauma, Memória e Escrita: Uma articulação entre a literatura de testemunho e a psicanálise*. Rio de Janeiro: UNIRIO/CCH.

Basset, R., & Graham, J. E. (2007). Memorabilities: Enduring relationships, memories and abilities in dementia. *Ageing and Society*, 27, 533-554.

Caramelli, P., & Bottino, C. M. C. (2007). Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *J. Bras. Psiquiatr.*, 56(2), 83-87.

Coelho, G. da S., & Alvim, N. A. T. (2004). A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. *Rev. Bras. Enferm.*, 57(5), 541-4.

- Coutinho, E.S.F., & Laks, J. (2012). Saúde mental do idoso no Brasil: A relevância da pesquisa epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, 28(3), 412-413.
- Cullen, B., Coen, R. F., Lynch, C. A., Cunningham, C.J., Coakley, D., Robertson, I. H., & Lawlor, B. A. (2005). Repetitive behaviour in Alzheimer's disease: Description, correlates and functions. *Int J Geriatr. Psychiatry*, 20, 686-693.
- Cunha, J. A. (1978). *Dicionário de termos de psicanálise de Freud*. Porto Alegre: Editora Globo.
- Derrida, J. (2002). *A escritura e a diferença*. São Paulo: Editora Perspectiva. (Originalmente publicado em 1967).
- Finkel, S. I., Silva, J. C., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 497-500.
- Freud, S. (1976). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, XXXII: Angústia e Vida Pulsional. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Edição Standard Brasileira* (Vol. 22) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1932).
- Freud, S. (1987). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud, *Obras psicológicas completas: Edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).
- Freud, S. (1996a). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, *Obras psicológicas completas: Edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (1996b). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras psicológicas completas: Edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Frota, N. A. F., Nitrini, R., Damasceno, B. P., Forlenza, O., Dias-Tosta, E., Silva, A. B., ... , & Magaldi, R. M. (2011). Critérios para o diagnóstico da doença de Alzheimer. *Dement Neuropsychol*, 5(1), 5-10.
- Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Grand, J. H. G., Caspar, S., & MacDonald, S. W. S. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 125-147.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goldfarb, D. C. (2004). *Demências* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Lemos, C. A., Hazin, I., & Falcão, J. T. R. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 135-144.
- Moraes, E. N., & Moraes, F. L. (2010). *Incapacidade cognitiva: Abordagem diagnóstica e terapêutica no idoso* (Coleção Guia de bolso em Geriatria e Gerontologia). Belo Horizonte: Ed. Folium.
- Moraes, E. N. (2008). *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nasio, J. -D. (2013). *Por que repetimos os mesmos erros*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1942).

- Pena, B. F. (2007). As vicissitudes da repetição. *Reverso*, 29(54), 83-88.
- Perry, R. J., & Hodges, J.R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease: A critical review. *Brain* (122), 383-404.
- Ready, R. E., Ott, B. R., & Grace, J. (2003). Amnestic behaviour in dementia: Symptoms to assist in early detection and diagnosis. *J Am Geriatr Soc*, 51, 32-37.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sacks, O. (1997). *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das letras. (Originalmente publicado em 1933).
- Vorcaro, A. (2010) Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In F. Kyrillos Neto, & J. O. Moreira (Orgs.), *Pesquisa em Psicanálise: Transmissão na universidade*. Barbacena: EdUEMG.
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. (2008). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(1), 139-170.
- World Alzheimer Report. (2015). *The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Londres: Alzheimer's Disease Internacional.

Endereço para correspondência

Sylvana Cardoso
Email: sylvana.cardoso@yahoo.com.br

Orestes Diniz Neto
Email: orestesdneto@superig.com.br

Recebido em: 23/12/2015

Revisado em: 19/06/2016

Aceito em: 17/09/2016