

CLÍNICAS

Um diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria de ligação sobre a ansiedade de morte

A propósito de um caso clínico

Pedro Almeida¹

1

Psiquiatra, com Pós-graduação em Terapia Sistémica e Familiar pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar – Secção Norte. Na mesma sociedade, realizou curso de Terapia de Casal. *E-mail:* pedroamadeusilvaalmeida@gmail.com

RESUMO

A ansiedade de morte tem sido um aspeto pouco abordado na teoria psicanalítica ao longo da sua história. Contudo, verificou-se recentemente um interesse renovado neste tema, que se concretiza por um movimento nascente de aproximação entre o pensamento psicanalítico e a Psiquiatria de Ligação com atuação nos Cuidados Paliativos. De forma a validar este esforço integrativo, apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos diagnosticada com adenocarcinoma gástrico em julho de 2019 e acompanhada por Psiquiatria de Ligação em Hospital Geral entre outubro/2019 e Novembro/2019, data da sua morte. Faz-se uma reflexão sobre a ansiedade de morte demonstrada pela doente, que, no último mês, foi acompanhada pela expressão de afetos que eram intoleráveis, causando impacto nos técnicos pelos comportamentos disruptivos associados. Numa visão psicanalítica, pretende-se demonstrar a importância desta ansiedade ser contida no seio da relação terapêutica e da necessidade de uma supervisão que atenda à contratransferência e às identificações inconscientes estabelecidas entre os técnicos e o doente. Para isso, recorre-se a alguns conceitos da obra de Wilfred Bion considerados relevantes na compreensão e gestão do caso, como função-alfa, identificação projetiva, modelo continente-conteúdo, entre outros.

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade
Morte
Psicanálise
Paliativo

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da sua história, o pensamento psicanalítico tem tido uma influência pouco expressiva na gestão terapêutica de pessoas com doenças avançadas ou terminais, nomeadamente as oncológicas, apesar das questões emocionais intensas que frequentemente emergem nestes casos (Rodin & Zimmermann, 2008). Uma das principais razões apontadas para esta omissão é a reduzida

atenção dada na literatura psicanalítica à ansiedade de morte, sendo que diferentes autores consideram que esta lacuna se encontra especialmente patente na obra de Freud (Becker, 1973; Frommer, 2016; Razinsky, 2013; Straker, 2013; Yalom, 1980). De facto, numa das poucas referências que fez sobre o tema, o pai da psicanálise afirmou: «It is indeed impossible to imagine our own death [...]. It is questionable whether there is any such thing as a

normal fear of death; actually the idea of death is subjectively inconceivable and therefore probably every fear of death covers other unconscious ideas» (Freud, 1915, p. 289). Notavelmente, esta concepção freudiana foi diretamente contestada pelo antropólogo Ernest Becker que, no seu livro *Denial of Death* (1973), vencedor do prémio Pulitzer, considerou que a ansiedade de morte é universal a todos os seres humanos e que a sua negação é concretizada pela ligação a constructos simbólicos veiculados pela cultura, que proporcionam ao indivíduo um sentido de legado e propósito e, no caso da religião, de eternidade. No campo da psicologia evolucionista e social, o trabalho de Becker deu origem à *Terror Management Theory*, que tem demonstrado empiricamente que pistas subliminares e expressas, lembrando a morte, influenciam o comportamento de indivíduos e grupos, sendo que este processo ocorre a um nível inconsciente (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997; Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 2015). Esta visão entra em linha de conta com o conceito de «imortalidade simbólica» proposto pelos psiquiatras Robert Jay Lifton e Eric Olson (Lifton & Olson, 1974). Partindo da observação de sobreviventes de situações extremas de guerra, os autores enfatizaram a necessidade do ser humano de significar as suas experiências pessoais de forma que sinta que permanece após a sua morte. Tal pode acontecer através da lembrança de entes queridos, de obras artísticas e intelectuais, de crenças religiosas, do sentimento de fazer parte da natureza ou de momentos de grande intensidade afetiva que transmitem a sensação de «dominar» o tempo (por exemplo, ter experiências transcendentais com drogas) (Lifton & Olson, 1974). Notavelmente, esta visão foi desenvolvida pelo psicanalista português Eurico Figueiredo, que, através do conceito de «identificação por delegação», enfatizou que o ser humano procura nas gerações futuras um veículo de realização e, conseqüentemente, de imortalidade simbólica (Figueiredo, 1993).

Ainda na área da psicanálise, refere-se a obra de Robert Langs, que, inspirado pela Biologia Evolucionista, afastou-se da psicanálise clássica e propôs uma conceptualização inovadora sobre o inconsciente, considerando a sua contínua função adaptativa em resposta a estímulos inconscientes provenientes da realidade — uma explicação compreensiva deste modelo pode ser encontrada em Langs (2007). Para o autor, a ansiedade de morte é um tema universal, que está sempre presente na mente humana (Langs, 2003). Segundo este autor, pelo seu carácter potencialmente traumático, as percepções relacionadas com a morte são negadas e mantidas na camada mais profunda do inconsciente (*deep unconscious system*, de acordo com o seu modelo), aspeto que, embora em certa

medida adaptativo, dificulta a sua elaboração psíquica (Langs, 2003; Langs, 2004). Por fim, na última década, a literatura psicanalítica tem dado uma atenção renovada à ansiedade de morte através de trabalhos de autores como Frommer (2016) e Radzinsky (2013). Enquanto criticam a desconsideração de Freud face à ansiedade de morte na vivência humana e à impossibilidade desta ser trabalhada no *setting* analítico, estes autores aproximam-se do pai de psicanálise no sentido que consideram que a morte é dificilmente passível de ser representada psiquicamente, aspecto patente na afirmação de Frommer (2016, p. 385): «Death is anathema to the human mind [...] because the mind, inherently constituted to signify or represent experience, faces a quandary when it encounters the nothingness of death.» Segundo Frommer (2016), este aspeto explica o carácter potencialmente aterrador da ansiedade da morte, concordando com Hoffman (2013) na associação que este faz entre a ansiedade de morte e a ansiedade de aniquilação, um construto psicanalítico referido habitualmente em estados psicóticos ou traumáticos em que se verifica uma descontinuidade psíquica e um medo extremo da dissolução da estrutura mental (Hurvich, 2003).

Não obstante esta limitação teórica e a escassez de publicações na literatura psicanalítica sobre o tema, a ansiedade de morte tem estado presente na prática da psicanálise desde há décadas, principalmente devido à existência de pacientes que desenvolveram doença terminal no decurso da sua análise (Straker, 2013). Dos vários pontos comuns dos casos descritos, salientam-se dois com especial interesse para este artigo: a importância da relação terapêutica e as reações contratransferenciais despertadas nos psicanalistas. No primeiro ponto, é assinalável que a relação terapêutica entre o psicanalista e o paciente com doença terminal tenha dado origem a reflexões e hipóteses fundamentadas em diferentes visões teóricas aplicadas a casos individuais, o que dificulta a elaboração de um modelo integrador. Por exemplo, numa visão radical, Eissler (1955) afastou-se das técnicas ortodoxas e defendeu uma disponibilidade total (*without limits*, usando a expressão do autor) por parte do psicanalista, de modo que se potencie a transferência no *setting* analítico; já Tasman (1982) apoiou-se na psicologia do *self* de Heinz Kohut e considerou a potencial necessidade de o psicanalista funcionar como um *self-object* com funções autorreguladoras de forma a proteger o paciente da ferida narcísica provocada pela iminência da morte. Mais recentemente, a importância da relação terapêutica na contenção da ansiedade de morte foi assinalada por autores como Rodin & Zimmerman (2008), aplicando o pensamento psicanalítico acerca da mortalidade à sua experiência num centro de tratamento

oncológico, e Frommer (2016), que considera que, quando confrontados com a mortalidade, as pessoas procuram a relação humana de forma a sentirem-se seguras e compreendidas. Segundo o autor, «Mortality seeks relationality».

Em relação às reações contratransferenciais e o seu impacto na prestação de cuidados e manejo da relação terapêutica, tem interesse o trabalho de Norman Straker, que, ao longo de mais de três décadas, dirigiu o grupo de discussão *Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy of Cancer Patients* na Associação Psicanalítica Americana (Straker, 1998; Straker, 2013; Straker, 2020). Neste sentido, o autor aponta as reacções mais comuns nos psicanalistas que tratam doentes terminais: ansiedade em relação à sua própria morte, identificação com o doente (especialmente se este for da mesma faixa etária) e sentimento de impotência (Straker, 2013). Por sua vez, atenta ao impacto emocional que os doentes terminais despertam nos técnicos desde a publicação do livro *On death and dying*, de Elisabeth Kübler-Ross (1973), a literatura da Medicina Paliativa tem apontado, na última década, para a importância da análise dos processos transferenciais e contratransferenciais na comunicação clínica estabelecida entre o técnico e o doente terminal (Bapat, 2019; Katz & Johnson, 2016; Rosenberg et al., 2021). Deste modo, nos últimos anos, constata-se a existência de um movimento nascente de aproximação entre o pensamento psicanalítico e a Psiquiatria de Ligação no contexto de Cuidados Paliativos, partindo do objetivo comum de apoiar os técnicos no confronto com a morte e promover uma relação terapêutica continente.

Este movimento pode ser particularmente relevante no caso de pacientes jovens com doença terminal, considerados atípicos nas sociedades ocidentais e habitualmente associados a uma difícil gestão emocional e relacional (Kreitler, 2019). Neste sentido, este artigo relata o caso de uma doente do sexo feminino de 32 anos diagnosticada com adenocarcinoma gástrico em julho de 2019 e acompanhada por uma equipa de Psiquiatria de Ligação em Hospital Central desde outubro de 2019 até à sua morte, ocorrida no final de novembro de 2019. Por meio de um pensamento psicanalítico, o artigo expõe o modo como a doente lidou com a ansiedade de morte ao longo do seu processo da doença e a sua repercussão nos profissionais de saúde envolvidos. Em particular, coloca-se em foco o último mês de vida da doente, quando, após o diagnóstico de metastização abdominal e integração nos Cuidados Paliativos, a doente manifestou uma ansiedade de morte extrema que resultou num estado de desintegração psíquica, com a emergência de afetos sentidos por ela como intoleráveis, os quais causaram impacto na vivência emocional dos técnicos e geraram

dificuldades acrescidas no manejo da comunicação clínica. Partindo do olhar da equipa de Psiquiatria de Ligação, a discussão sobre a gestão do caso incidirá fundamentalmente em dois pontos intimamente conectados entre si: a importância de um *setting* estruturado com um supervisor que explora as reações contratransferenciais dos técnicos e as interpreta no contexto das identificações inconscientes estabelecidas com esta; e a importância do estabelecimento de uma relação empática capaz de conter e significar os afetos intoleráveis expressos pela doente. Perseguindo um objetivo integrador, a análise do caso engloba *insights* de diferentes campos teóricos, com particular destaque para alguns conceitos apresentados na obra de Wilfred Bion.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Relata-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 32 anos, que trabalhava como educadora de infância no ensino especial. Vivia com o marido e a filha, de dois anos, mantendo um contacto regular com a família alargada, principalmente os pais, o irmão e o sobrinho. Os antecedentes psiquiátricos limitam-se à existência de um quadro angodepressivo aos 12 anos, associado a baixa autoestima e insegurança perante a mudança da sua imagem corporal no início da puberdade, tendo sido medicada com antidepressivo até aos 15 anos com remissão sintomática desde então. Por meio da informação recolhida com a doente e familiares, averigua-se a existência de traços de personalidade de amabilidade, conscienciosidade e altruísmo, ao mesmo tempo que a própria descreve ser introvertida, perfeccionista, insegura perante as suas capacidades e com tendência a sentir-se culpada perante falhas, mesmo que pequenas ou imaginadas. Durante a sua história de vida, a doente manteve-se funcional em todas as áreas vivenciais e a sua relação com os familiares era descrita como gratificante e apoiante por ambas as partes.

Não possuindo antecedentes médicos de relevo, a deteção de adenocarcinoma gástrico ocorreu em julho de 2019 após ocorrência súbita de hematemese, tendo sido confirmado por endoscopia digestiva alta e posterior biópsia. No final de agosto de 2019, foi submetida a gastrectomia de urgência por perfuração gástrica e esteve internada no serviço de Cirurgia Geral em Hospital Geral. Teve segundo internamento entre Outubro de 2019 devido a quadro de intolerância alimentar. Até aqui, embora a equipa médica tivesse explicado à doente e familiares o seu prognóstico reservado, a intervenção terapêutica mantinha uma finalidade curativa, tendo sido proposta para quimioterapia cujo início estava dependente da sua estabilização clínica. Contudo, devido a quadro de intolerância alimentar e dor abdominal, a doente foi novamente internada

cinco dias depois, permanecendo aqui até à data da sua morte, ocorrida um mês depois. Desde o início do terceiro internamento, ficou patente uma provável progressão da doença oncológica devido à existência de sinais físicos de doença avançada, como ascite e edemas, e ao surgimento de uma tumefação abdominal no hipocôndrio direito, a qual foi submetida a biópsia que confirmou metastização abdominal. Nesta altura, a doente e os familiares foram informados que, perante este achado, a intervenção terapêutica passava a ser focada no controlo de sintomas, tendo sido pedida colaboração da equipa de Cuidados Paliativos do hospital. Dado a progressão rápida da doença, a equipa médica considerou que o tempo de sobrevida seria, no máximo, algumas semanas. Durante este internamento, notou-se um progressivo agravamento do estado físico geral da doente, embora ela se mantivesse consciente e comunicativa até aos últimos três dias de vida. Então, começou a ficar progressivamente mais desligada do ambiente, com sonolência seguida de sedação natural, até à morte.

Durante a sua estada no hospital, a doente foi acompanhada por vários profissionais de saúde. De interesse para este artigo, salienta-se o acompanhamento pela equipa de Psiquiatria de Ligação, composta, na altura, por psiquiatra sénior com formação em psico-oncologia, psicóloga clínica com a mesma formação, interno de Psiquiatria e estagiária de Psicologia Clínica. O acompanhamento teve início durante o segundo internamento, decorrente de um pedido de consultoria da equipa médica por a doente apresentar quadro de ansiedade e insónia, sendo que, nesta fase, a avaliação ocorreu em duas ocasiões. Posteriormente, no terceiro internamento, a intervenção de Psiquiatria de Ligação tornou-se mais regular e passou a ocorrer em articulação com a equipa de Cuidados Paliativos. Nesta fase, a doente foi avaliada pela equipa numa frequência média de três vezes por semana, habitualmente junto ao leito, garantindo-se o máximo de privacidade possível. Ao longo do tempo, sob a coordenação da psiquiatra sénior, a intervenção abrangeu vários componentes: trabalho psicoterapêutico com a doente, gestão da medicação psicotrópica, ensino de técnicas comportamentais de relaxamento, intervenção junto dos familiares, de forma que se fornecesse suporte emocional e facilitasse a comunicação com a doente, e apoio a outros profissionais de saúde que sentiram dificuldades emocionais na gestão deste caso.

3. CARACTERIZAÇÃO PSICODINÂMICA DA ANSIEDADE DE MORTE DA DOENTE

Desde o início do acompanhamento com a equipa de Psiquiatria de Ligação, a doente expressou, verbal e fisicamente, ansiedade de morte durante as

entrevistas clínicas; contudo, a sua intensidade e impacto na relação terapêutica variaram de acordo com o seu grau de integração psíquica. A este respeito, destaca-se uma mudança significativa no seu funcionamento psíquico no terceiro internamento, perante o agravamento acentuado do quadro clínico, indicativo de doença terminal, e a percepção de que a sua morte era inevitável e iminente. Dado que o acompanhamento pela equipa de Psiquiatria de Ligação aconteceu com maior regularidade no terceiro internamento, a presente reflexão incidirá sobre esse período, fazendo-se uma breve referência à fase anterior.

Nas entrevistas realizadas durante o segundo internamento, verificou-se que a ansiedade de morte da doente coexistia com um forte desejo de viver, demonstrando esperança na cura, que considerava realista pela possibilidade da eficácia da quimioterapia. Ainda que estes estados emocionais fossem experienciados como contraditórios e resultassem em conflito psíquico significativo, a doente não distorcia a realidade no sentido que sabia que o seu prognóstico era reservado e que a eficácia do tratamento era incerta. Nesta fase, além da ansiedade de morte, o sofrimento psíquico da doente envolvia igualmente outros temas, como o medo dos efeitos secundários da quimioterapia e a preocupação com o impacto emocional que a doença causava nos familiares. Tal como referido por profissionais de outras áreas, era notável que a doente procurava vincular-se aos vários técnicos, tratando cada um deles de forma personalizada. Apesar disso, o seu contacto era afável e o comportamento globalmente adequado, ressaltando-se a sua postura colaborativa para com todas as indicações fornecidas pelos técnicos e cuidados prestados.

No terceiro internamento, perante o agravamento clínico, a doente apresentou um afeto de medo extremo, captado tanto na comunicação verbal como não verbal e vivido empaticamente pelos profissionais da equipa. Este estado afetivo encontrava-se associado à perda de significado da sua experiência vivencial («Só vejo a morte e o vazio», segundo as palavras da doente), ao medo de uma morte dolorosa, à angústia de separação em relação aos familiares e à dificuldade de aceitar a sua morte prematura, nomeadamente pelo facto de deixar a sua filha órfã. A intensidade deste estado afetivo foi considerada pela equipa dos cuidados paliativos como próxima do limite do insuportável, pelo que, em diferentes ocasiões, foi indicada à doente a possibilidade de administração de sedação paliativa para amenizar o seu sofrimento psíquico, hipótese que esta sempre rejeitou. Tomando em consideração a associação previamente referida entre ansiedade de morte e ansiedade de aniquilação, considera-se que a seguinte citação de Frommer (2016) é descritiva

da experiência emocional da doente nas semanas que antecederam a sua morte: «Annihilation anxiety is not about the fear of non-existence. It's about something more terrifying than nothingness: the experience of being present and witnessing the process of one's self shattering, and the ensuing disconnection both to oneself and to others» (p. 378).

Ainda que a doente não distorcesse a realidade no sentido de negar a iminência da sua morte, o seu funcionamento psíquico nesta fase ocorria num nível próximo do psicótico, o que é indicado pela proeminência de ansiedade de aniquilação, perda da coesão do *self* e utilização de mecanismos de defesa primitivos. Tal como apontado por Rodin et al. (2007) e Rodin & Zimmermann (2008) e congruente com a experiência clínica destes autores junto de doentes terminais, a experiência intrapsíquica da doente envolvia a oscilação rápida e desorganizada entre múltiplos estados afetivos, frequentemente contraditórios, indicando o recurso a uma forma primitiva de dissociação, acompanhada por distorção da realidade em alguns momentos. Por exemplo, num dos dias, a verbalização de raiva devido à injustiça da sua morte prematura foi seguida, horas depois, pela expressão de êxtase perante a perspectiva de se ir encontrar em breve com Deus. Assinalam-se igualmente momentos de tranquilidade, que, na perspectiva da Psiquiatria de Ligação, foram mais notáveis quando a doente se encontrava envolvida na intervenção psicoterapêutica efetuada, que será especificada mais à frente.

Do ponto de vista relacional, o seu comportamento também foi sujeito a oscilações entre momentos em que procurava a proximidade de forma apelativa e outros em que rejeitava os seus cuidados, sendo que esta situação se verificava igualmente com profissionais de outras áreas e familiares. Notavelmente, contrastando com a sua postura anteriormente colaborante, existiram várias ocasiões em que a comunicação com a doente se tornou de difícil manejo por esta apresentar uma série de comportamentos disruptivos para com vários profissionais de saúde, tais como: rejeição de cuidados, acusações de incompetência, realização de pedidos infundados e atitudes de marcada invasibilidade, destacando-se comentários acerca da vida pessoal dos técnicos e da possibilidade de uma doença semelhante vir a acontecer com eles. Hipotetiza-se que, de entre outros significados, esta conduta expressasse afetos de raiva e inveja, os quais não são incomuns em doentes terminais perante a saúde mantida e expectativa de maior sobrevivência dos conviventes (Kreitler, 2019). Além disso, estes comportamentos podem ser interpretados como indicativos de um esbatimento dos limites *self*-outro com um uso excessivo do mecanismo de identificação projetiva, aspeto que merecerá uma consideração aprofundada mais à frente.

4. UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE A GESTÃO PSICOTERAPÊUTICA

Numa discussão baseada na obra de autores pós-kleinianos, como Wilfred Bion, acerca da contenção analítica de doentes com ansiedades psicóticas, Killick (2013) destaca a importância de um *setting* estruturado e uma atitude analítica específica, que será abordada em seguida. Embora a reflexão da autora se refira ao *setting* analítico clássico e não aborde especificamente a ansiedade de morte em doentes terminais, pensa-se que alguns dos seus *insights* podem ser adaptados ao caso descrito neste artigo, não esquecendo as especificidades de um trabalho psicoterapêutico realizado por uma equipa constituída por vários elementos em contexto de internamento hospitalar.

Um dos fatores importantes para a estruturação de qualquer acompanhamento psicoterapêutico é a base teórica que o fundamenta, dado que esta permite, de entre outros aspectos, definir os objetivos e o tipo de técnica utilizada (Zimmerman, 2005). Com este intuito, através de um esforço de integração entre o pensamento psicanalítico e a Psiquiatria de Ligação e Psicologia Clínica no contexto de Cuidados Paliativos, recorre-se à obra de Wilfred Bion, a qual se julga pertinente pelo trabalho clínico do autor com doentes com ansiedades psicóticas intensas e, sobretudo, pelos seus *insights* acerca do importante papel da relação terapêutica na sua contenção (Bion, 1988a, 1988b, 1962, 1967, 1970, 1985; Britton, 1992; Hafsi, 2011; Lagos, 2007; Killick, 2013; Parry, 2011; Ribeiro, 2018; Santos, 2014). Desta forma, apresenta-se em seguida uma reflexão acerca deste caso clínico utilizando como base alguns conceitos bionianos, avaliados como importantes na sua compreensão teórica e gestão psicoterapêutica.

Reflexão do caso baseada na obra de Bion

Neste caso clínico, denota-se que a ansiedade de morte da doente envolveu a expressão desorganizada de afetos como medo, raiva e inveja, vivenciados pela doente como disruptivos e intoleráveis. Estes estados afetivos aproximam-se do conceito bioniano de *elementos beta*, que correspondem a impressões sensoriais e emocionais concretas e não-processadas que, dado o seu carácter elementar e carga emocional negativa associada («a sense of catastrophe», utilizando a expressão de Killick), não são passíveis de elaboração psíquica (Bion, 1962; Killick, 2013). A proliferação dos *elementos beta* conduziu à deterioração da *barreira de contacto*, que Bion considera um elemento estrutural do psiquismo com função integradora que separa os diferentes fenómenos mentais, como consciente/inconsciente, fantasia/realidade e interior/exterior (Bion, 1962; Santos, 2014). Esta consideração permite compreender o estado de desintegração psíquica

demonstrado pela doente no terceiro internamento, que, de entre outros aspetos, englobou momentos de distorção da realidade e, particularmente, o esbatimento das fronteiras *self-outro*. Este último aspeto é particularmente relevante, tendo em conta que, não podendo ser pensados, os *elementos beta* só podem ser evacuados.

Esta evacuação acontece no campo interpessoal e dá-se por meio do mecanismo de identificação projetiva, já atrás referido, que foi proposto antes por Melanie Klein e revisto por Bion, que lhe atribuiu um potencial uso estruturante que serve de base para a discussão deste caso clínico. Assim, enquanto Klein (1946) conceptualizava a identificação projetiva como uma tentativa de controlo do outro, Bion (1988) propôs a possibilidade de este mecanismo funcionar como uma forma de comunicação primitiva, em que o bebé/doente procura a mãe/terapeuta para que esta contenha e signifique os seus afetos intoleráveis. Esta visão encontra-se patente na reflexão que Bion faz acerca do tratamento de um paciente com ansiedade psicótica intensa: «when the patient strove to rid himself of fears of death which were felt to be too powerful for his personality to contain he split off his fears and put them into me, the idea apparently being that if they were allowed to repose there long enough they would undergo modification by my psyche and could then be safely reintrojected» (Bion, 1988, p. 96). Esta descrição traduz o fenómeno que Bion denominou, anos mais tarde, de *função-alfa* (Bion, 1988b), que corresponde ao processo a partir do qual os *elementos beta* são transformados pela mãe/terapeuta e devolvidos ao filho/doente de uma forma desintoxicada, tornando-os mais toleráveis e permitindo a sua representação psíquica (Bion, 1988b; Lagos, 2007). Sendo considerada por Bion como essencial no desenvolvimento do aparelho de pensar, a *função-alfa* é um fenómeno eminentemente intersubjetivo e um dos pontos basilares do *modelo continente-conteúdo*, que, tendo sido desenvolvido por Bion ao longo da sua obra, merece uma leitura mais aprofundada em fontes como, por exemplo, Bion (1985), Hafsi (2011) e Santos (2014). Partindo desta teorização, faz sentido hipotetizar que os comportamentos disruptivos da doente face aos técnicos não funcionam simplesmente como uma evacuação de afetos destrutivos derivados da ansiedade de morte, uma vez que podem traduzir, por meio de identificações projetivas excessivas, uma procura por um objecto que consiga tolerar, experienciar e digerir o seu estado afectivo aterrador (Hafsi, 2011). Digno de nota, este processo não ocorre de forma consciente e estratégica, mas, sim, inconsciente e dinâmica.

Nesta linha de pensamento, a intervenção terapêutica realizada envolveu, de forma igualmente

inconsciente, a capacidade de *função-alfa* dos técnicos de forma a auxiliar a doente a encontrar significados para a sua experiência afetiva e promover um estado de maior integração mental e tolerância à ansiedade de morte. Fazendo uma ponte com a literatura da Medicina Paliativa, considera-se estes objetivos como fundamentais para que a doente pudesse aceitar a sua morte, o que para Kübler-Ross (1973) envolve um estado de pacificação psíquica e desprendimento da realidade. Salientando que a atuação da equipa de Psiquiatria de Ligação envolveu vários componentes, a discussão que se segue foca-se principalmente em dois pontos que, sendo interdependentes, se revelaram essenciais na gestão do caso: a discussão e supervisão do caso que ocorreu entre a equipa de Psiquiatria de Ligação; e a intervenção psicoterapêutica com a doente.

Discussão e supervisão do caso na equipa de Psiquiatria de Ligação

Tal como expõe Ribeiro (2018), a capacidade de o terapeuta conter e significar as projeções aterradoras do paciente não depende apenas da sua intensidade, mas também do grau de tolerância que o técnico tem em relação às mesmas. Esta observação é aqui pertinente por salientar que a intervenção terapêutica deve levar em conta a vivência intrapsíquica do técnico, julgando-se este aspeto particularmente importante pela sua complexidade e carga emocional intensa. Sendo expressas por meio de uma série de comportamentos disruptivos, estas projeções aterradoras da doente foram «recebidas» pelos diferentes técnicos de maneira singular, promovendo identificações específicas de acordo com as suas diferentes características e histórias individuais. Particularmente, os membros mais jovens identificaram-se com a doente devido à proximidade de idade, o que ativou neles ansiedade em relação à sua própria morte e gerou diferentes reações contratransferenciais. Sublinhando-se a sua variabilidade, não apenas em cada membro mas também no mesmo membro ao longo do tempo, faz-se referência às principais contratransferências experienciadas: sentimento de impotência; desejo de abandonar o caso; culpa derivada da sensação de prestação de cuidados insuficientes, ou excessivos; e raiva pela invasibilidade demonstrada pela doente. Enquanto todas estas reações podem ser naturais neste contexto, assinala-se o risco de provocarem *actings* inconscientes no contexto da comunicação clínica, que podem assumir diversas formas desde a rejeição total até ao envolvimento excessivo e desadequado. Mediante esta situação, a doente deparar-se-ia com uma comunicação não-inteligível que aumentaria a sua desorganização psíquica, estado que Bion descreveu como «terror sem nome» (Bion, 1988b).

Para evitar a ocorrência de *actings*, é essencial que exista uma discussão e supervisão do caso, o que aqui aconteceu sob a orientação do membro sénior de um modo regular. Logo numa fase inicial, este explicou aos elementos mais jovens o trabalho psicoterapêutico mais indicado neste tipo de casos e quais as dificuldades esperadas, questionando-os acerca da sua disponibilidade emocional para o mesmo e acompanhando-os nas intervenções junto da doente sempre que possível. Além disso, alertou-os especificamente para a eventualidade de *actings* e assinalou aqueles particularmente disruptivos, como os que envolvem uma excessiva proximidade física com a doente. De suma importância, ocorrendo num clima de partilha sincera e sem estigma, a discussão regular do caso permitiu aos membros da equipa verbalizar as reações contratransferenciais experienciadas e compreender a sua associação às identidades estabelecidas com a doente. Em conclusão, este trabalho de partilha, nomeação e normalização transmitiu uma sensação de organização e tranquilidade aos técnicos; e, pelo facto de favorecer o pensar em vez do agir, permitiu antecipar os *actings* e diminuir a probabilidade da sua ocorrência (Zimerman, 2005).

Por último, faz-se referência às outras pessoas que lidaram com a doente ao longo do seu percurso de doença, particularmente na fase terminal. Encontrando-se num internamento em hospital geral, a doente contactou com vários profissionais de saúde, desde médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Denota-se que alguns destes técnicos se sentiram emocionalmente envolvidos com a doente e verbalizaram dificuldades na comunicação clínica, particularmente a equipa de enfermagem, com a qual havia um contacto mais regular. Este ponto merece especial consideração, dado que a receptividade e resposta emocional destes profissionais ao sofrimento da doente é igualmente importante na sua contenção. Tendo em conta este aspeto, assinala-se que, sob a coordenação do membro sénior, a equipa de Psiquiatria de Ligação dialogou igualmente com outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, facilitando a sua expressão emocional e fornecendo suporte. Por sua vez, em relação aos familiares, o contacto estabelecido com a equipa também foi importante para eles verbalizarem os afetos decorrentes do luto antecipado e serem apoiados na comunicação que tinham com a doente.

Intervenção psicoterapêutica com a doente

Tendo em conta a especificidade do *setting* e o tempo limitado de intervenção, considera-se que este caso exige uma reflexão particular acerca do modo como a *função-alfa* se concretiza no espaço e tempo da relação terapêutica. Primeiramente, sublinha-se que, ao longo do acompanhamento, um dos cuidados da equipa foi aferir a receptividade

da doente à sua presença, o que é congruente com a observação de Rodin & Zimmermann (2008) de que a capacidade de o doente gerir os afetos resultantes do confronto com a morte depende de um balanço delicado entre o envolvimento interpessoal e a necessidade de espaço.

Por outro lado, considerando que a atitude mental do técnico é fundamental para que este consiga inconscientemente exercer a *função-alfa*, cita-se a concepção de Killick (2013) acerca da atitude analítica a ter para com doentes com angústias psicóticas intensas: «It seems to me that nothing but acceptance of the total impossibility of the situation established by the void constitutes analytic containment. This protects the analysis from unconscious narcissism in the analyst which can drive the analyst to “help” or “heal” the patient through “doing” something» (p. 861). Observa-se que esta conceção pode ser especialmente importante em casos como o descrito, em que uma mulher jovem, ainda com muitos projetos por concretizar, adoece de forma inesperada e tem um processo de morte notavelmente rápido. Especificamente, uma atitude sem pretensiosismos foi fundamental no modo como os técnicos lidaram com perguntas impossíveis de serem respondidas com honestidade, tais como: «Porque é que isto me aconteceu a mim?» e «Que vai acontecer depois?». Nestes momentos, a resposta possível foi o silêncio, que, não tendo de traduzir desligamento ou desistência, pôde servir de continente psíquico. Neste sentido, julga-se que, ao longo de todo o caso, o aspeto mais importante foi a disposição de cada técnico para estar presente, mesmo que em silêncio, e escutar ativamente a doente, o que aconteceu através de uma atitude empática e uma receptividade calma à sua ansiedade de morte. Por último, tal como assinalado por Killick (2013), tem interesse a atitude analítica descrita por Bion na sua obra *“Attention and Interpretation”*, na qual o autor considera que o pensamento do analista deve estar livre de qualquer memória ou desejo, focar a atenção na situação vigente e senti-la por meio de um estado mental, no qual o autor reflete na seguinte passagem: «It may be wondered what state of mind is welcome if desires and memories are not. A term that would express approximately what I need to express is “faith” — faith that there is an ultimate reality and truth — the unknown, unknowable, “formless infinite” » (Bion, 1970, p.31).

Em termos técnicos, a intervenção terapêutica foi direcionada no sentido de ajudar a doente a entrar em contacto com a sua narrativa de vida e atribuir-lhe um significado. Este aspeto é especialmente salientado no trabalho de Norman Straker com doentes terminais (1998, 2013, 2020), bem como pela literatura da psico-oncologia e medicina paliativa, que refere que a perda de significado de vida é um fenómeno comum

nestes doentes e está frequentemente associada a um marcado sofrimento existencial (Kreitler, 2019; Roikjær et al., 2019). No caso relatado, este objetivo foi alcançado através de um diálogo que permitia à doente não apenas recordar momentos importantes da sua história de vida mas também projetar um futuro além da sua morte, nomeadamente no modo como deseja ser lembrada pela filha bebé. Neste último ponto, incentivou-se a doente a escrever uma carta direcionada à filha para esta ler mais tarde, sendo esta técnica especificamente recomendada por Norman Straker (2013) porquanto pode funcionar como um veículo de comunicação e transmitir à doente um sentido de legado. Como exposto na introdução, esta intervenção permite a identificação por delegação, em que, através da descendência, a doente acede a um modo de mortalidade simbólica (Figueiredo, 1993). Durante estes momentos, realça-se que a doente apresentava um estado de maior tranquilidade, e a comunicação ocorria de forma mais harmoniosa.

5. DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Por fim, interessa fazer uma avaliação crítica dos resultados desta intervenção junto da doente, os quais foram relativamente circunscritos ao aqui-e-agora da relação terapêutica. Numa reflexão sobre os motivos deste *outcome*, julga-se que o principal motivo foi o pouco tempo disponível. De facto, ressalta-se que o processo de doença oncológica durou cerca de cinco meses e a fase terminal durou menos de um mês. Esta evolução excepcionalmente rápida dificulta a assimilação desta nova realidade por parte da doente, familiares e profissionais de saúde, dando origem a uma sucessão caleidoscópica de afetos dificilmente simbolizados por palavras. Segundo Kübler-Ross (1973), sendo a aceitação a última fase do processo de confronto com a morte (antecedida pela negação, raiva, negociação e depressão), esta é alcançada pela maior parte dos doentes terminais desde que tenham tempo suficiente, que é variável de pessoa para pessoa. Para a autora, este estado é habitualmente atingido mais rápida e facilmente nos indivíduos mais velhos, que sentem ter cumprido os seus objetivos de vida, o que não se adapta ao caso descrito. Tratando-se de uma jovem, seria expectável que este processo necessitasse de um tempo mais prolongado e de um maior suporte interpessoal. Além disso, é importante referir que, ao contrário do modelo de sucessão de fases proposto por Kübler-Ross (1973), o entendimento atual é de que a aceitação da morte ocorre de modo mais fluido, concretizado através de avanços e recuos até se atingir um estado mais consistente (Rodin & Zimmermann, 2008). Paralelamente, do ponto de vista psicanalítico,

salienta-se a necessidade de repetidos encontros entre o terapeuta e o doente para que este último consiga, ele próprio, interiorizar a *função-alfa* e, conseqüentemente, adquirir uma maior independência da presença do objeto continente externo, sendo que este processo pressupõe, de igual modo, uma certa oscilação entre movimentos de integração e desintegração psíquica (Lagos, 2007).

Apesar dos resultados terem sido parciais, pensa-se que esta intervenção terapêutica foi valiosa, dado que permitiu à doente ter momentos de tranquilidade em que conseguiu estar presente no aqui-e-agora da relação terapêutica e aproximar-se de um estado de maior integração. Do lado dos técnicos, este trabalho também foi importante porque testou a sua capacidade de tolerar a frustração/dor/medo perante uma situação clínica particularmente complexa, bem como compreender o valor da supervisão e de um diálogo profundo e sincero, o qual é defendido pelo pensamento psicanalítico desde há décadas (Zimerman, 2005).

6. CONCLUSÃO

Considera-se que o caso clínico relatado demonstra que a aproximação entre o pensamento psicanalítico e a Psiquiatria/Psicologia de Ligação no contexto de Cuidados Paliativos é pertinente e necessária. Com efeito, ambas as áreas se debruçam sobre aspectos emocionais profundos e valorizam uma discussão aberta acerca das dificuldades emocionais sentidas pelos técnicos, cuja gestão é idealmente feita através de supervisão e discussão do caso. Na opinião dos autores, esta ligação interdisciplinar deve ser concretizada através de um trabalho proveniente de ambas as partes. Assim, por um lado, é importante que a teoria psicanalítica se debruce mais atentamente no tema da ansiedade de morte; por outro, a Medicina Paliativa deve estar aberta a incluir, na sua prática, *insights* psicanalíticos, nomeadamente fenómenos comunicacionais de natureza inconsciente. 📄

ABSTRACT

Death anxiety has been an aspect little addressed in psychoanalytic theory throughout its history. However, there has recently been a renewed interest in this theme, which is materialized by a nascent movement of approximation between psychoanalytic thinking and Liaison Psychiatry acting in Palliative Care. In order to validate this integrative effort, we present the case of a 32-year-old woman diagnosed with gastric adenocarcinoma in July / 2019 and followed by Liaison Psychiatry at a General Hospital between October / 2019 and November / 2019, the date of her death. A reflection is made on the patient's anxiety about death, which, in the last month, was accompanied by the expression of affections that were intolerable, causing an impact on the technicians due to the associated disruptive behaviors. From a psychoanalytic perspective, it is intended to demonstrate the importance of this anxiety being contained within the therapeutic relationship and the need for supervision that attends to the countertransference and the unconscious identifications established between the technicians and the patient. For this, some concepts from Wilfred Bion's work are considered relevant in the understanding and management of the case, such as alpha-function, projective identification, container-content model, among others.

KEYWORDS: anxiety, death, psychoanalysis, palliative.

BIBLIOGRAFIA

- Bapat, A. C., & Bojarski, E. F. (2019). Transference and Countertransference in Palliative Care# 371. *Journal of Palliative Medicine*, 22 (4), 452–453. DOI: 10.1089/jpm.2019.0042.
- Bion, W. R. (1988a). Attacks on Linking. Em E. Bott Spillius (Ed.), *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice*. Volume 1: Mainly Theory. Routledge (pp. 93–108). (Obra original publicada em 1959.)
- Bion, W.R. (1988b). A Theory of Thinking. Em E. Bott Spillius (Ed.) *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice*. Volume 1: Mainly Theory. Routledge (pp. 183–192). (Obra original publicada em 1962.)
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. Tavistock
- Bion, W. R. (1985). Container and contained. *Group relations reader*, 2(8), 127–133.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press.
- Britton, R. (1992). Keeping things in mind. Em R. Anderson (Ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (pp. 102–113). Tavistock/Routledge.
- Eissler, K. R. (1955). *The psychiatrist and the dying patient*. International Universities Press.
- Figueiredo, E. (1993). *Angústia ecológica e o futuro: trajetórias portuguesas*. Gradiva.
- Freud, S. (1957). Thoughts for the times on war and death. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* vol. 14, pp. 275–300. Hogarth Press. (Obra original publicada em 1915.)
- Frommer, M. S. (2016). Death is nothing at all: On contemplating non-existence. A relational psychoanalytic engagement of the fear of death. *Psychoanalytic dialogues*, 26 (4), 373–390. DOI: 10.1080/10481885.2016.1190599
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. *Advances in experimental social psychology*, 29, 61–139. DOI: 10.1016/S0065-2601(08)60016-7.
- Hafsi, M. (2011). The container, contained and in-between: a review of the containment concept and its vicissitudes. *奈良大学大学院研究年報*, 16, 1–21.
- Hoffman, I. (2013). Response to Slavín: Considering the evolutionary and existential contexts of dialectical constructivism. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 315–323. DOI: 10.1080/10481885.2013.794645

- Hurvich, M. (2003). The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 579–616. DOI: 10.1177/00030651030510020801
- Killick, K. (2013). Soundless screaming: Psychotic anxiety and analytic containment. *Copenhagen*, 100, 859–866.
- Klein, M. (1946). Some notes on schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
- Lagos, C. M. (2007). The theory of thinking and the capacity to mentalize: A comparison of Fonagy's and Bion's models. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 189–198. DOI: 10.1017/S1138741600006454
- Langs, R. (1997). *Death anxiety and clinical practice*. Karnac.
- Langs, R. (2003). Adaptive insights into death anxiety. *Psychoanalytic Review*, 90, 565–582. DOI: 10.1521/prev.90.4.565.23914
- Langs, R. (2004). Death Anxiety and the Emotion-Processing Mind. *Psychoanalytic Psychology*, 21(1), 31–53. DOI: 10.1037/0736-9735.21.1.31
- Langs, R. (2007). The Evolution of The Unconscious Processing Systems of the Human Mind. *Theoria et Historia Scientiarum*, 7 (2), 77–86.
- Lifton, R. J., & Olson, E. (1974). *Living and dying*. Praeger Publisher.
- Katz, R. S., & Johnson, T. A. (Eds.). (2016). *When professionals weep: Emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care*. Routledge.
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-oncology for the clinician: the patient behind the disease*. Springer.
- Parry, R. (2010). A critical examination of Bion's concept of containment and Winnicott's concept of holding, and their psychotherapeutic implications. Doctoral dissertation, University of the Witwatersrand.
- Razinsky, L. (2013). *Freud, psychoanalysis and death*. Cambridge University Press.
- Ribeiro, C. M. (2018). A busca da verdade e o funcionamento psicótico. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Jones, J., Shepherd, F.A., Moore M., Fruh, M., Donner, A., & Gagliese, L. (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 661–675. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.09.034
- Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 181–196. DOI: 10.1521/jaap.2008.36.1.181
- Roikjær, S. G., Missel, M., Bergholtz, H. M., Schønau, M. N., & Timm, H. U. (2019). The use of personal narratives in hospital-based palliative care interventions: an integrative literature review. *Palliative Medicine*, 33 (10), 1255–1271. DOI: 10.1177/0269216319866651
- Rosenberg, L. B., Brenner, K. O., Jackson, V. A., Jacobsen, J. C., Shalev, D., Byrne-Martelli, S., & Cramer, M. A. (2021). The meaning of together: Exploring transference and countertransference in palliative care settings. *Journal of Palliative Medicine*, 24 (11), 1598–1602. DOI: 10.1089/jpm.2021.0240
- Santos C. F. (2014). A intersubjetividade na relação continente-conteúdo através de um Rorschach de aplicação conjunta mãe adoptiva e filha adoptada. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Straker, N. (1998). Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7 (1), 1–9. DOI: 10.1080/10503309712331331843
- Straker, N. (Ed.). (2013). *Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment*. Rowman & Littlefield.
- Straker N. (2020). The Treatment of Cancer Patients Who Die. *Psychodynamic Psychiatry*, 48 (1), 1–25. DOI: 10.1521/pdps.2020.48.1.1
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2015). *The worm at the core. On the role of death in life*. Random House.
- Tasman, A. (1982). Loss of self-cohesion in terminal illness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 10 (4), 515–526. DOI: 10.1521/pdps.2022.50.1.66
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Zimerman, D. (2005). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica—uma abordagem didática*. Artmed. (Obra original publicada em 1999.)