

MORTE, ANGÚSTIA E FAMÍLIA:
considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva

Camilla Araújo Lopes Vieira *
Gardênia Holanda Marques **

RESUMO:

O texto busca compreender como o processo de acompanhar um ente querido é vivenciado pelos familiares em uma unidade de terapia intensiva. Nossas considerações nos permitem afirmar que a prática psicanalítica no hospital é possível na medida em que consideramos a clínica como um espaço virtual e não físico; desde que atenda as condições necessárias para um trabalho analítico: transferência, associação livre e atenção flutuante. Permitir um espaço para a expressão do sujeito é nada mais que possibilitá-lo a se reorganizar psicologicamente. Longe de apenas dar suporte ou “apagar incêndio”, dentro de um modelo tradicional de atuação, é possível viabilizar um espaço para a expressão da dor diante do acompanhamento de um familiar doente, proporcionando espaço para a voz, o olhar, o toque, enfim, a expressão subjetiva.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Angústia. Morte. Unidade de Terapia Intensiva. Psicanálise.

* Professora do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFC. Coordenadora da Liga de Psicologia Hospitalar de Sobral (LIPHS).

** Acadêmica do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral. Estagiária da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ce. Membro da Liga de Psicologia Hospitalar de Sobral (LIPHS).
Endereço para correspondência das autoras - Avenida Lúcia Sabóia, 215, Centro, Sobral-Ce. CEP 62.010.830.

Vislumbrar a morte em seu curso histórico é perceber mudanças nas relações humanas. Em épocas anteriores as pessoas morriam em suas casas, numa proximidade física que sugere uma proximidade também afetiva muito mais demorada no que se refere ao ritual de passagem, pois estão acompanhados dos seus entes queridos e no seu habitat natural: o lar. Hoje, com o advento da industrialização, os avanços tecnológicos na medicina, a superespecialização, as alterações sociais e culturais não há mais a proximidade do doente com os entes queridos e todas as formas de permanecer com o corpo vivo são realizadas na intenção de manter as funções vitais custe o que custar. Entretanto, desde os primórdios a morte é temida (Ariès, 1977), pois não sabemos como ela é de fato. Muitas foram as tentativas de interpretá-la, mas nenhuma foi tão forte o suficiente para permitirmos pensá-la como algo normal, sem sofrimento.

Freud adverte quanto ao sofrimento humano diante da morte, do limite humano, esta entendida enquanto um acontecimento medonho, pavoroso. Em “Mal-estar na civilização”, Freud (1929) diz que uma das ameaças do sofrimento humano vem do nosso próprio corpo que está condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência. Assim sendo, a experiência perante esse acontecimento nos permite dizer que a morte entendida como limite humano é experimentada a partir da angústia que se tem diante da não significação que ela apresenta em nós, já que conhecemos dela apenas aquilo que se apresenta no outro. Daí, todas as tentativas de tentar adiá-la.

São muitas as formas de tentar encobrir a morte, quer seja não falando sobre ela ou produzindo ferramentas tentando afastá-la de nós. O fato é que mesmo diante de inúmeros instrumentos para impedi-la, ela ainda nos desampara. Não há o que se fazer por ela. Percebemos, sim, inúmeras tecnologias para aumentar o tempo de vida, ou será a qualidade de vida? Temos a vacinação para erradicar inúmeras doenças, a quimioterapia que decresceu o número de moléstias infecciosas, o aumento do número de anciãos e, com isso, aumento do número de pessoas com tumores e doenças crônicas associadas à velhice (Kübler-Ross, 2008). Inúmeros instrumentos tentam prolongar o tempo de vida, mas nenhum é capaz de dominá-la.

O hospital, hoje, reflete um lugar de cura e, paradoxalmente, um melhor local para morrer, e, para tal, os avanços tecnológicos buscam maximizar o tempo de vida mesmo que para isso o paciente sobreviva apenas por meio de aparelhos. Entretanto, na maioria dos casos, a família quer o ente querido vivo de qualquer jeito, com quaisquer limitações, pois

encarar a morte é mais doloroso. O período de internação, na unidade intensiva, requer por parte da família uma separação do seu ente querido, visto que nesse local as visitas ocorrem por horários determinados e não é consentida a permanência de um acompanhante no setor. Frente a isso, é evidenciada nos familiares certa desestabilização emocional, já que os mesmos são privados do cuidado e da atenção ao enfermo, ficando o paciente completamente dependente da equipe. Assim, como nos traz Oliveira (2002), o doente, potencial cadáver, passa a ser escondido do mundo, passa a ser solitário e o silêncio passa a marcar essas mortes, passa a querer ludibriá-la.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente no qual as angústias e esperanças se confrontam cara a cara. Por um lado, a equipe de saúde tenta manter o corpo vivo, trazendo com isso esperança para a família; por outro, os familiares sofrem por ser o último lugar no hospital ao qual podem recorrer. A UTI “é um recurso hospitalar destinado ao tratamento de graves enfermidades. O paciente crítico é especial pelas suas condições e por toda a demanda de cuidados que lhe são propostos ou impostos - os cuidados intensivos” (Biaggi, 2002, p. 1). O tratamento na referida unidade é considerado invasivo e doloroso, tendo em vista que o paciente fica exposto aos diversos mecanismos hospitalares, está sujeito a possíveis sequelas irreversíveis, corre risco de vida, além do distanciamento da família que acarreta, geralmente, sofrimento para ambas as partes.

Nasio (1997) considera que há duas maneiras de reagir dolorosamente à perda do ser amado: quando estamos preparados para o seu fim, no caso, por exemplo, de pacientes terminais ou quando a perda vem súbita e imprevisível. O sentimento doloroso advém da ruptura do laço social estabelecido com o objeto de amor. Quando esse objeto falta, há o processo de luto que, em geral, “é a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar” (Freud, 1917/2006). Geralmente, o enlutado afasta-se do mundo exterior e volta-se para si, tentando apaziguar esse objeto de amor perdido através das lembranças e dos objetos pertencentes àquele que se foi.

A ruptura desse laço amoroso provoca uma desestabilização psíquica, causando uma tensão desprazerosa e afetando o princípio do prazer. Como este se caracteriza por buscar uma constância, um equilíbrio (Freud, 1920), quando é afetado, o princípio do prazer busca uma descarga, assim, “os primeiros recursos para conter esse desmoraçamento, e que tardam a vir, são o grito e a palavra” (Nasio, 2007, p. 78). Possibilitar um espaço para a expressão do sujeito é nada mais que possibilitá-lo a se reorganizar psiquicamente. E o hospital é um local

onde o sofrimento está escancarado e o grito e o choro são manifestações constantes desse não saber sobre a vida.

Percebemos na prática o quanto o desamparo diante da enfermidade de um familiar impõe sensações e pensamentos outrora desconhecidos. Observamos que a doença abre espaço propenso para trabalhar o luto e florescer a angústia da qual muitas vezes não queremos saber.

O sofrimento põe o sujeito face às impotências, aos limites e à decadência corporal, expondo-o à perspectiva da morte e precipitando defesas e estratégias de enfrentamento que excedem a dimensão do organismo. Entender a clínica à escuta das doenças orgânicas significa concebê-la como invenção do sujeito, como momento em que ele emerge, mesmo que atado às amarras do corpo sofrente e gozante (Teixeira, 2006, p. 72).

Diante da doença, da desconfiguração do corpo, o psicanalista se oferece dentro do hospital com a possibilidade de uma escuta que não separa o sujeito de sua doença ou de seu sofrimento, pois o corpo submete-se ao campo da linguagem e, portanto, aos efeitos da palavra. Dar voz a esse corpo e escuta a esse sofrimento não é uma tarefa fácil, já que se revela em nós mesmos a finitude e o desamparo.

Família, Equipe de saúde e Paciente

Os membros de uma família compõem uma sinfonia peculiar daquele grupo e, quando há um grave adoecimento de um membro, a orquestra possivelmente desafina. A crise, segundo Silva (2007), se instala para além do indivíduo e assume dimensões diferenciadas de acordo com cada configuração familiar. Retirar um deles pode provocar um descompasso no ritmo grupal. É isso que acontece quando um ente familiar necessita de cuidados especiais e precisa se internar em uma UTI.

O que se percebe é que o tempo destinado à hospitalização é indeterminado enquanto o tempo que os familiares dispõem ao ente é limitado. Como dizer a um pai que ele não poderá ficar com sua filha durante o dia? Como dizer a uma filha que ela não poderá sentir as mãos de seu pai durante um procedimento doloroso? São essas questões que nos apontam formas de intervenção em familiares de pacientes que se sujeitam ao tratamento

intensivo junto ao membro enfermo e que necessitam de acompanhamento da equipe de saúde ou psicológico.

Andreolli e Silva (2008) ressaltam a importância dos membros da família na UTI, pois estes promovem o conforto e suporte ao doente e aos demais familiares que se encontram fragilizados. Contudo, o ambiente de terapia intensiva – que para a equipe é algo natural – é algo estranho para a família, algo intenso e ameaçador. Ainda citando essas autoras, “membros da família são necessários para tomar decisões importantes e são também a fonte da história clínica, social e psicológica pregressa do paciente e de seu mundo – dados vitais para a compreensão do caso” (p. 119). Daí a família ser uma forte aliada na busca por bem-estar e qualidade de vida do paciente durante a internação.

Para que tal fato ocorra, é necessária uma boa comunicação entre equipe e família. Haberkorn e Bruscatto (2008) compreendem que a equipe deve estar atenta para ouvir o que os familiares têm a dizer, permitindo-lhes expressar suas dúvidas, medos, anseios, bem como obter mais informações sobre o tratamento. A relação com a equipe deve se configurar de forma clara, com informações precisas e uma linguagem acessível aos familiares, pois saber o que ocorre com o paciente ou familiar, mesmo sendo algo grave, é menos amedrontador do que não saber. Entretanto, percebemos que a equipe, na maioria das vezes, se esquece da família e cuida apenas do corpo doente. Provavelmente esse esquecimento advém de não se querer falar sobre a possível morte, porque isso a remete a um não saber e a coloca numa posição de impotência.

Diante do não saber frente à vida do paciente, alguns membros da família ficam angustiados. Moretto define angústia como sendo aquilo do qual “não se têm significantes que simbolizem o buraco no real” (2006, p.22). A falta de significantes caracteriza a dúvida que se tem diante da não certeza da perda, como acrescenta Nasio (2007, p. 84), “a angústia nasce na incerteza de um perigo temido”, ou seja, angústia é aquilo que não damos conta, aquilo que não conseguimos expressar nem transformar em linguagem, pois nos faltam representações que nos possibilite significantizá-la.

À medida que essa morte se assemelha ao inominável, “o sujeito fica sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha com o enlutado” (Mannoni, 1995, p. 57). Assim, os familiares trazem para a UTI suas angústias desencadeadas pela forma abrupta de rompimento do laço amoroso/familiar, bem como pelos conflitos psíquicos que ora se encontravam latentes. Também não podemos esquecer os profissionais que atuam nesse ambiente, já que eles também se deparam com esse inominável. Como não

há representação psíquica dessa experiência, daí, talvez, as tentativas de se silenciarem sobre a morte e de preferirem falar óbito em vez de morte (Neto, 2009).

Os pacientes internados na UTI – bem como seus familiares – trazem fantasias e especulações sobre o momento vivenciado, considerando também a forma inesperada que, muitas vezes, é ocorrida a ruptura familiar, ocasionando angústia. Então, para que essa angústia seja minimizada é preciso que permitamos um espaço no qual o angustiado fale e seja escutado para assim possibilitar ao sujeito significar aquilo que está vazio de representação: a falta.

A função do psicanalista

A UTI é um espaço que inevitavelmente necessita de uma equipe multiprofissional, principalmente das ciências biomédicas. As diversas áreas que aqui atuam tentam dar uma resposta para o adoecimento do paciente. Cada um será guiado pela ética que constitui a profissão. E quando esse saber falha? Quando o saber biomédico não tem respostas para dar?

A clínica médica evidencia-se como uma clínica da decodificação. Trata-se de uma prática que se sustenta numa decodificação entendida como a conversão de uma mensagem codificada (signo/sintoma) em linguagem inteligível (significado/doença). Quando esta decodificação do sintoma como signo de doença não se encaixa no conjunto dos significados médicos a própria equipe médica encaminha o paciente para os psicólogos que são convocados a lidar com aquilo que resiste a simbolização. Configura-se, assim, a clínica do sujeito. (Sarno; Fernandes, 2004, p. 5).

Talvez tenha sido nesse sentido que o saber psi tenha entrado no hospital, quando o saber biomédico não dá conta. A ciência biomédica não trata do sujeito, mas da doença. Quando a sua clínica é afetada pela dimensão subjetiva do paciente o saber médico claudica abrindo espaço para a entrada do saber psi na instituição hospitalar. No entanto, devemos estar cientes de que o trabalho da psicanálise não é de adaptação, mas de permitir que o sujeito se coloque, assim concordamos com Moretto (2006) ao falar sobre a ética da psicanálise que

O psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um. Em psicanálise existem normas, sem dúvida alguma, mas estas se limitam às normas do desejo de cada um (Moretto, 2006, p. 53).

Portanto, quando entramos em cena não é para fazer com que o paciente ou familiar atenda às regras da instituição, que seja mais “paciente” e colaborador, mas permitir que o sujeito apareça. Enquanto que para a biomedicina o sujeito é dependente do saber na medida em que o enquadra em um diagnóstico, para a psicanálise o sujeito produzirá um saber outro que difere do saber produzido pela medicina. Isso reflete um diferencial na medida em que há a implicação do sujeito, quer seja paciente ou família, no seu sofrimento. O sujeito tem voz. E é esse sujeito que interessa à psicanálise. Esse sujeito a que tratamos, está fora do alcance dos cuidados médicos uma vez o saber biomédico tendo sua promessa de cura abalada a ele nada pode oferecer.

Ao entrar na instituição, o psicanalista deve ter o cuidado de não ser tentado a combinar certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva a fim de que se chegue a um resultado mais rápido e perceptível (Freud, 1912), pois isso não caracterizaria uma verdadeira psicanálise.

Da perspectiva dos psicanalistas envolvidos com a clínica nas instituições públicas, a aposta é de que o trabalho psicanalítico independe do espaço de atendimento em que ocorre, seja no consultório ou no ambulatório público, uma vez que ele visa à singularidade, cabendo-lhe acompanhar o sujeito na construção de sua história, conforme o seu desejo, e levando-o a responsabilizar-se por ele (Barcellos, 2010, p. 22).

É certo que diante das regras institucionais somos pressionados a dar respostas e efeitos com visibilidade, quando isso nos é pedido é necessário que nos questionemos quanto a nossa função e ao lugar que ocupamos na relação com a instituição e com o sujeito.

Alguns pacientes e familiares provavelmente buscarão o analista para que este lhe ofereça uma cura, mas sabemos que a análise não se propõe a isso. Embora haja muitos efeitos durante seu processo, ela “não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá” (Freud, 1913, p. 145). O efeito do processo analítico dependerá de cada análise, da direção a que cada uma levará. E esses efeitos deverão ser as consequências e não o objetivo do processo terapêutico. O efeito da análise, como Moura (2000) nos relata,

depende do psicanalista, pois é ele que direcionará, através do manejo da transferência e do discurso trazido pelo sujeito, os caminhos da análise bem como o surgimento do sujeito do inconsciente.

O que o psicanalista deverá fazer, independente de estar em sua clínica privada ou na instituição é permitir que o sujeito fale. A escuta do psicanalista deve atentar a uma atenção flutuante e deve estar longe das influências externas, como nos aponta Freud (1912, p. 126) “ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à memória inconsciente... Ele deve simplesmente escutar”. Fazendo isto, o analista atende a uma das recomendações necessárias ao procedimento psicanalítico.

Para o início e continuação do tratamento, deve-se deixar o paciente falar livremente e não fazer nenhum juízo moral quanto ao que ele traz, o que nos remete à célebre frase do psicanalista: “diga tudo o que lhe vêm a mente”. Quando nos referimos ao hospital, percebemos que o paciente e a família, por estarem passando por um momento de enfermidade, inicialmente, trazem assuntos específicos desse momento. Entretanto, com o desenrolar do trabalho analítico notamos que outras questões surgem, por isso não esperarmos uma lógica sistemática na fala. É essa não sistematização que permitirá ao sujeito conhecer o desconhecido através da repetição, dos lapsos, dos sonhos, enfim, das formações do inconsciente.

Assim, como nos aponta Neto (2009), o ambiente de UTI, que inicialmente parece inóspito para o analista, revela-se como um lugar propício para a construção de uma cadeia de significantes que propicie o estabelecimento de novos significados que, por sua vez, apontem para saídas possíveis nesse contexto.

Considerações finais

A família, geralmente, é esquecida pela equipe de saúde, pois a atenção é voltada, principalmente, para o doente. Mas a família, na maioria das vezes, também adoce junto, pois há uma ruptura desse laço social que unificava os membros e isso acaba por atrapalhar o andamento do processo na medida em que não se comunica à família as reais condições do paciente, não se fala em uma linguagem que seja possível o entendimento, apresentando como consequências angústia e uma maior tensão entre a equipe e a família.

Quem sabe se essa linguagem rebuscada adotada pelos membros da equipe de saúde não seja uma resistência contra aquilo que marca o limite humano?

O psicanalista inserido na equipe multiprofissional da UTI fará o acompanhamento dos familiares e se possível do paciente. O atendimento proporcionará um espaço no qual é permitido a fala dos envolvidos. Assim, o familiar terá como simbolizar aquilo que antes não conseguia ou não era permitido, pois na UTI o silêncio é a marca do ambiente.

Para que seja possível uma práxis da psicanálise, conforme assinala Moura (2000), não devemos pensar na sua aplicação na instituição hospitalar, mas na implicação de todos numa construção. Sem que tenha medo de perder o lugar que lhe é devido, o psicanalista pode escutar familiares, pacientes e profissionais tendo a convicção de que a palavra na medida em que é simbolizada pode ajudar o ser falante a suportar melhor a condição humana, a condição de finitude, de incompletude.

Há quem diga que não é possível fazer análise em hospital, mas acreditamos que permitir uma terapia analítica no âmbito hospitalar é possibilitar que o sujeito se constitua enquanto tal. E para que seja possível o trabalho do psicanalista nesse espaço é necessário que haja a transferência, a associação livre e a atenção flutuante, portanto, a análise não se resume a um espaço fechado com um divã.

Talvez a UTI seja um local isolado, longe de todos para que não se fale sobre o limite entre a vida e a morte, porque é da ordem do indizível, do não-sabido. Embora haja toda a parafernália tecnológica para dar conta da vida, não há nada que dê conta da morte. Daí, permitirmos aos familiares falarem sobre suas angústias, medos, sobre o momento em que estão vivendo (se quiserem) mesmo que para falar *nisso* eles silenciem, pois até o silêncio quer dizer alguma coisa.

Referências

ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ANDREOLLI, Paola B. A., SILVA, Ana Lúcia M. “Cuidando de pacientes difíceis ou famílias difíceis”. In: KNOBEL, Elias et al.(org.). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008.

- BIAGGI, Therezina Maria Di. *A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – adultos*. Disponível em: <<http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article14>>. Acesso em: 28 Dez. 2010.
- FREUD, Sigmund. (1912). “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Vol. XII.
- _____. (1913). “Sobre o início do Tratamento”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Vol. XII.
- _____. (1917). “Luto e Melancolia”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.II
- _____. (1920). “Além do princípio do prazer”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.II.
- _____. (1929). “Mal-estar na civilização”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Vol.XXI.
- HABERKORN, Adriana. BRUSCATO, Wilze L. “Qualidade de vida e internação em UTI”. In: KNOBEL, Elias *et al.*(org.). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- MANNONI, M. *O nomeável e o inominável*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.1995.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do psicólogo. 2006.
- MOURA, Marisa Decat de (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- NASIO, J. -D. *A dor de amar*. Trad. André Telles e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- _____. *O Livro da dor e do amor*. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- NETTO, Marcus V. R. Fagundes. “O analista na unidade de tratamento intensivo: um retorno a Freud”. *Psicanálise & Barroco – Psicanálise em Revista*, v.7, n.2: 103-117 dez. 2009. <<http://www.psicanalisebarroco.com.br>>. Acesso em: 28 Dez. 2010 às 18h 24min.
- OLIVEIRA, Eliane C. do Nascimento. “O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia”. *Psicologia: ciência e profissão*. v.22, n.2: 30-41, jun. 2002. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932002000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 03 Jan. 2011 às 15h 48min.
- SILVA, Rosanna Rita. “Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva”. *Revista Salus*, Guarapuava, 1(1): 39-41, jan./jun. 2007.

SARNO, Luisa. FERNANDES, Andréa. "Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades". *Cogito*, Salvador, v.6, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151994792004000100034&lng=es&nrm>. Acesso em: 28 Dez. 2010 às 18h 37 min.

TEIXEIRA, Leonia Cavalcante. "Morte, Luto e organização familiar: à escuta da criança na clínica psicanalítica". *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 18(2): 63-76, 2006.

DEATH, ANGUISH AND FAMILY: PSYCHOANALYTIC CONSIDERATIONS FROM THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT:

The text seeks to understand how the process of monitoring a loved one is experienced by family members in an intensive care unit. Our considerations allow us to assert that psychoanalytic practice in the hospital is possible in that regard the clinical psychoanalytic as a virtual and not physical since it meets the conditions necessary for analytical work: transference, free association and evenly suspended attention. Allow a space for the expression of the subject is nothing that allows you to regroup mentally. Far from merely support or "fire off" within a traditional model of operation, it is possible to carry out a space for the expression of pain at follow-up of a sick family member, providing space for the voice, the look, touch, finally the subjective expression.

KEYWORDS: Family. Anguish. Death. Intensive care unit. Psychoanalysis.

CONSIDÉRATIONS PSYCHANALYTIQUES DE L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS: LA MORT, DE DEUIL ET DE LA FAMILLE

RÉSUMÉ:

Le texte cherche à comprendre comment le processus de suivi d'un être cher est vécue par les membres de la famille dans une unité de soins intensifs. Nos considérations nous permettent d'affirmer que la pratique psychanalytique à l'hôpital est possible à cet égard la pratique comme une virtuelle et non physique, car il remplit les conditions nécessaires pour le travail analytique: transfert, libre association et l'attention flottante. Laisser un espace pour l'expression de l'objet n'est rien qui vous permet de regrouper mentalement. Loin de

seulement un soutien ou «feu au large" au sein d'un modèle traditionnel de l'opération, il est possible de réaliser un espace pour l'expression de la douleur lors du suivi d'un membre de la famille malade, fournissant un espace pour la voix, le regard, le toucher, enfin, l'expression subjective.

MOTS-CLÉS: La famille. L'angoisse. La mort. Unité de soins intensifs. La psychanalyse.

Recebido em: 13/04/2012

Aprovado em: 25/04/2012

©2012 *Psicanálise & Barroco em revista*

www.psicanaliseebarroco.pro.br

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq

Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.

Memória, Subjetividade e Criação.

www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php

revista@psicanaliseebarroco.pro.br www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista