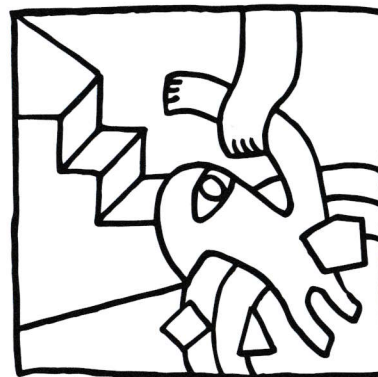


# Prinde-i înainte de a cădea

Noi abordări  
în tratamentul  
prăbușirii psihice

PSIHANALIZĂ  
CONTEMPORANĂ



TREI

**CHRISTOPHER  
BOLLAS**

Traducere din  
engleză de  
Laura Netea

6 <sup>6</sup>travaliul psihanalitic tradițional se dovedește a fi insuficient pentru soluționarea crizei emergente. Cu toate acestea, provocatoarea propunere a lui Bollas va stârni multe întrebări, iar, în capitolul de final al cărții, unele dintre acestea sunt ridicate de Sacha Bollas și prezentate sub formă de întrebare și răspuns.

CHRISTOPHER BOLLAS, PHD,  
este psihanalist, activând în Londra.

SACHA BOLLAS, PSYD,  
este psiholog, activând în Los Angeles.

## Cuprins

5	Cum să-i prindem înainte de a cădea
9	Introducere
24	Capitolul 1. Sinele fisurat
33	Capitolul 2. Semne ale prăbușirii psihice
47	Capitolul 3. Principiile
59	Capitolul 4. Emily
66	Capitolul 5. Anna
84	Capitolul 6. Mark
94	Capitolul 7. Istorii și après-coup
103	Capitolul 8. Timpul
109	Capitolul 9. Experiența emoțională
115	Capitolul 10. Reflecții, explicații și perlaborări
130	Capitolul 11. Schimbarea psihică
136	Capitolul 12. Concluzii
143	Capitolul 13. Întrebări
174	Bibliografie

## Introducere

Există multe motive pentru care oamenii se îndreaptă către o psihanaliză sau o psihoterapie. Foarte puțini fac acest lucru pentru a avea o prăbușire psihică, deși unii dintre ei abia dacă se mai pot susține. Deși, la nivel conștient, mulți aleg psihanaliza cu scopul de a soluționa ceea ce numim cu blândețe *probleme relaționale* sau *probleme situaționale*, aceștia suferă, în sinea lor, de o covârșitoare durere psihică, fiindu-le imposibil să-și imagineze că vor supraviețui.

Psihanaliștii au ajuns să realizeze că, dacă ședințele de analiză au loc de câteva ori pe săptămână și dacă analizandul regresează la stadiul de dependență într-un mod mai degrabă obișnuit — slăbindu-și apărările, deschizându-și sinele către transformarea interpretativă, abandonând tiparele tulburate ale personalității<sup>1</sup> —, de obicei, sinele se va descompune într-o manieră lentă și cumulativă, non-traumatică. Acesta este modul în care lucrează mulți psihanalize și, în majoritatea cazurilor, analiza standard nu necesită nimic în plus.

<sup>1</sup> *Character* în original. Prin alegerea termenului, autorul a făcut referire și la sensul de „personaj” al acestuia. În limba română a fost tradus preponderent cu „personalitate” pentru a nu se crea confuzii, acesta din urmă fiind mai des utilizat în limbajul de specialitate; de asemenea, „personalitate”, ca și „personaj” au rădăcina comună „persona”, cu același sens de mască. (N. red.)

10 Există unii clinicieni care, în general, ca rezultat al afilierii la un spital de psihiatrie, prezintă un interes deosebit față de a lucra analitic cu persoane psihotice. În schimb, majoritatea analiștilor, deși lucrează cu un spectru larg de pacienți, intră numai ocazional în contact cu psihoza sau cu indivizi aflați în pragul prăbușirii psihice. În mod obișnuit, orice potențială catastrofă poate fi atenuată prin intermediul travaliului psihanalitic tradițional, dar uneori se dovedește că lucrurile nu funcționează întocmai.

Această carte este dedicată provocărilor aduse de lucrul cu persoane aflate în terapie sau în analiză care, fie brusc, fie treptat, indică existența unor semne de prăbușire psihică, care, din varii motive, nu poate fi soluționată cu ajutorul unei abordări clinice obișnuite. Această lucrare sugerează o cale alternativă celor urmate în general — spitalizarea și/sau medicația antipsihotică sau anti-depresivă — și care pot avea un impact ireversibil asupra vieții unei persoane.

Mai mult decât atât, intenția acestei cărți este de a constitui o ripostă față de mult-lăudatele tratamente aparținând terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) ori comportamentale dialectice (TCD), care au drept consecință facilitarea poziționării în plan secundar de către pacienți a vieții lor interne, prin distragerea atenției acestora către un proiect cognitiv temporar. La fel cum un părinte oprește plânsul copilului distrăgându-l — „Hei, ia uite ce-i acolo!” —, astfel de intervenții pot împiedica declanșarea unei crize *necesare* sau trivializa funcția profundă a comportamentului simptomatic.

Dacă prăbușirea psihică a pacientului scoate la suprafață problematici psihice esențiale, cărora acum le va fi accesibilă schimbarea, datorită vulnerabilității sinelui, lipsa din partea analistului

11 a unui răspuns analitic adecvat constituie un eșec fundamental de întâmpinare a nevoilor sinelui. Când se întâmplă astfel, analizandul poate să oprească declanșarea crizei, direcționat fiind de noi axiome, construite pe baza presupunerii că nevoile sinelui nu sunt demne de a fi împlinite sau că acestea sunt prea excesive pentru a li se putea face față. Prăbușirea devine atunci *structuralizată* în cadrul sinelui drept un defect permanent, anume, în opinia mea, aproape imposibil de a mai fi remediat în cadrul travaliului analitic ulterior, fie alături de respectivul analist fie într-o tranșă viitoare de terapie sau analiză.

Distragerea prin TCC/TCD va atinge numai suprafața sinelui și va acoperi, pentru o vreme, fisurile create în acesta, adesea înspre ușurarea pacientului, a statisticilor spitalicești și a statului, preocupat doar de rentabilitatea persoanei. Dar pentru cei care văd prăbușirea psihică drept o experiență umană profundă, distragerea sinelui de la semnificațiile fragilității sale conduce înspre o nouă și specifică formă de pierdere. Este prea devreme în acest secol pentru a cunoaște efectele pe termen lung ale unor tratamente atât de superficiale, deși opinia mea este că ar fi iresponsabil din partea noastră să lăsăm timpul să decidă. Oamenii aflați în colaps nu au nevoie ca altcineva să le mute privirea dinspre lumea internă către o carte de exerciții de autoîntrajutorare; ei au nevoie să fie auziți și înțeleși din străfundurile sinelui, care li se arată și care constituie însăși criza parcursă.

Ceea ce urmează trebuie văzut într-o lumină potrivită. Marea majoritate a celor cu care am lucrat de-a lungul carierei mele au fost pacienți *obișnuiți*, care sufereau din diverse motive, care puteau vorbi despre această suferință, o puteau pune în scenă în transfer și la care se preta analiza tradițională. Deci, este important de subliniat că această carte prezintă circumstanțe extrem

12 de neobișnuite. Se poate ca majoritatea analiștilor să nu se confrunte niciodată cu tipul de situație căruia ne adresăm aici, dar nu este nici una atât de rar întâlnită încât să nu merite să îi acordăm importanță.

Din timp în timp, poate o dată la câțiva ani, descopeream că un pacient părea să aibă nevoie de ceva diferit din partea mea. Nu mă refer aici la anumite diagnostice. În primul meu an de practică privată, am avut trei pacienți psihotici în analize de cinci ședințe pe săptămână, dar faptul că aceștia erau maniacali sau deliranți nu era vreo surpriză; era o trăsătură obișnuită a bolii lor. Eu mă refer aici la acele ocazii, prin comparație deosebit de rare, când o persoană non-psihotică indica, prin aspectul și comportamentul perturbate, că se afla în pragul unei prăbușiri psihice.

În Marea Britanie, exista obligația ca psihanaliztii nemedici, asemenea mie, să îi telefoneze medicului de familie și să îl informeze că pacientul său se afla într-o stare de dificultate. Medicul urma să consulte persoana și, cel mai probabil, să recomande spitalizarea. Am avut norocul ca, atunci când mi s-a întâmplat acest lucru pentru prima oară, cu o pacientă despre care voi discuta în Capitolul 4, să fiu în bune relații cu medicul acesteia. L-am întrebat dacă mi-ar permite să-i ofer ședințe psihanalitice extinse și să vedem dacă voi reuși să fac în așa fel încât pacienta să nu fie nevoită să se interneze, iar medicul a fost de acord.

Așadar, prima dată i-am pus la dispoziție mai multe ședințe în cadrul săptămânii de lucru, iar apoi, când acestea s-au dovedit insuficiente, am crescut numărul ședințelor la două pe zi, șapte zile pe săptămână. Am continuat în acest ritm timp de trei săptămâni, până când a depășit criza. Știam că o astfel de metodă era neobișnuită, dar am considerat atunci că era o ocazie singulară.

De fapt, cu câțiva ani mai devreme, mă întrebam ce aş face dacă un pacient ar avea nevoie de îngrijire intensivă și am vizitat unitățile de internări psihiatrice din câteva spitale din nordul Londrei. M-am gândit la cum aş putea, dacă ar fi necesar, să duc un pacient la spital, și am descoperit o firmă de taximetrie locală care părea de încredere, al cărei număr l-am păstrat în cabinet.

Într-o discuție cu un foarte respectat coleg, un medic de familie cu specializare în psihiatrie, pe care îl voi numi dr. Branch, am realizat că ar fi posibil să alcătuiesc o echipă de oameni care să furnizeze un mediu de susținere pentru un pacient care devine psihotic sau suferă o prăbușire.<sup>2</sup> Ideea era de a oferi un tip de îngrijire pe bază psihanalitică prin care să se evite nevoia de internare a unui pacient, idee pe care am discutat-o cu directorul Echipei de Asistență Socială Regională și cu colegii acestuia. Pe parcursul sfârșitului anilor '70, dr. Branch mi-a furnizat un sprijin medical în lucrul cu pacienții schizofrenici și maniaco-depresivi, iar când aceștia erau acut tulburați, am colaborat într-o astfel de manieră încât să prevenim spitalizarea.

Abia în decursul celui de-al doilea deceniu de practică am început să observ un tipar: uneori, unii oameni păreau să necesite o formă specială de tratament psihanalitic pentru ca nevoile lor clinice să fie întâmpinate, iar acest fapt să nu se soldeze cu un eșec. Până la mijlocul anilor '80, se adunase deja un număr de ocazii în care răspunseseam apropierea unor pacienți de o prăbușire psihică prin a le extinde ședințele.

Până la acel moment, supervizasem și multe cazuri de peste hotare, în cadrul cărora terapeuții și analiștii încercaseră să facă

<sup>2</sup> Dr. Branch este un pseudonim, întrucât acesta a avut un rol atât de important în munca noastră împreună încât dezvăluirea numelui său ar pune în pericol dreptul la confidențialitate al multor pacienți. (N.a.)

<sup>14</sup> ceva similar. Există însă o diferență cheie: în genere, acești clinicieni îi oferiseră unui pacient o ședință în plus din când în când și numai când era deja prea târziu. Cu alte cuvinte, aceștia furnizau tratament reactiv și nu îngrijire proactivă. Mai mult decât atât, tindeau să-și comunice ambivalența față de propriile acțiuni pacienților, astfel provocând, fără să-și dea seama, încă o și mai mare anxietate, care conducea curând înspre crearea unui cerc vicios (pacientul și analistul inducându-și unul altuia o din ce în ce mai mare stare de alarmă), care avea adesea drept rezultat spitalizarea.

Finalitatea unei prăbușiri psihice nu este întotdeauna o decompensare psihotică, deși aceasta poate avea loc. În cele mai multe dintre cazuri, persoana care suferă un astfel de colaps, care nu se transformă mai apoi într-un progres, devine ceea ce eu numesc un *sine fisurat*. Ulterior, acești indivizi vor avea, pentru tot restul vieții, o funcționare semnificativ debilitată. Pot ajunge să fie diagnosticați drept schizoizi, schizo-afectivi sau depresivi cronic, dar, de fapt, ei au început să prezinte semnalmente de acest tip abia în urma prăbușirii. Sunt de părere că există mulți oameni care se caracterizează prin tabloul unei tulburări de personalitate cronice când, în fapt, și-au petrecut luni în șir într-o stare de nevoie disperată. Aceea a fost perioada în care s-au manifestat problemele lor fundamentale, dar nu au avut parte de niciun tratament eficace. Din punctul meu de vedere, aceasta constituie o tragedie la scală extrem de mare, cu atât mai mult cu cât a trecut în general neobservată.

La sfârșitul anilor '80, am mers cu un pas mai departe în extinderea psihanalizei. Pe baza gravității nevoilor unui pacient, i-am oferit ședințe care se prelungeau pe toată durata zilei. Oricât de radicală ar putea părea această schimbare de metodă,

la acel moment, decizia mi-a părut una naturală, în lumina severității prăbușirii psihice iminente a pacientului.

Nu știam de la început câtă vreme vor continua întâlnirile noastre în acest ritm, dar s-a dovedit a fi pentru o perioadă de trei zile, de la nouă dimineața la șase după-amiaza.

Câțiva ani mai târziu, s-a ivit o situație similară, de data aceasta în privința unui pacient pe care îl vedeam în cadrul unei psihoterapii de o ședință pe săptămână. Din nou, i-am oferit ședințe pe tot parcursul zilei și, din nou, ne-am văzut așa timp de trei zile, și s-a dovedit ca la fel să se întâmple cu fiecare situație ulterioară. Întrucât acum lucrez patru zile pe săptămână, am reușit, cu o unică excepție, să îi primesc pe acești analizanți vinerea, sâmbăta și duminica, revenind la programul obișnuit de la începutul săptămânii următoare. În toate aceste situații, persoana a revenit apoi la zilele și orele inițiale ale ședințelor.

A fost uimitor să descopăr că, în plus față de soluționarea crizei acute a pacientului, ședințele din cele trei zile păreau să scurteze în mod substanțial analiza ulterioară. Fiecare pacient care a trecut printr-o asemenea prăbușire a continuat să lucreze cu mine pentru încă douăsprezece sau cincisprezece luni, dar nu mai mult decât atât. Aceste luni rămase au avut funcția unor perioade de perlaborare, conducând către încheiere și, din câte știu, niciuna dintre aceste persoane nu s-a mai adresat apoi unei alte analize sau psihoterapii.

Încă de la început, am avut convingerea că aceste prăbușiri dețineau un potențial generator. Știam din munca mea cu pacienți schizofrenici și maniaco-depresivi că internările avuseseră un efect devastator și nu voiam să-mi pierd pacienții în favoarea spitalelor și a medicației anesteziante. Știam că exact

16 — aceasta era perioada în care persoana avea cea mai mare nevoie de ajutor analitic.

Este important de precizat că lucrasem cu un număr de pacienți non-psihotici, în analize de cinci ședințe pe săptămână, care — realizez acum, retroactiv — se aflau în stadiile de început ale unei prăbușiri psihice. Sfârșiturile de săptămână deveneau intolerabile; pe măsură ce se apropia ziua de vineri, analizandul intra în retragere și rămânea încă traumatizat timp de o zi sau două, la începutul săptămânii următoare. (Îi denumisem pe aceștia „analizanzii de miercuri“, pentru că aceasta era ziua când își reveneau de pe urma pauzei.) Astfel de situații se derulau timp de luni întregi, înainte ca durerea să slăbească, iar pacientul să parcurgă o metamorfoză care-l aducea într-o altă stare. În retrospectivă, am sentimentul că probabil am eșuat în ce-i privește, prin faptul că nu le-am oferit ședințe extinse.

Odată cu trecerea timpului, experiența acumulată îmi spunea că procesul psihanalitic era, în sine, atât de eficient, încât *ar trebui* să-i permitem să se modifice în cazul unei persoane aflate la marginea prăpastiei, fie prin ședințe extinse, fie prin sporirea frecvenței fie, ocazional, prin ședințe pe toată durata zilei. Consideram că experiența analitică însăși funcționează ca un al treilea obiect, care ar putea reprezenta motorul transformării.

Desigur, nimeni altul decât însuși Freud a susținut că unii analizanzi necesitau ședințe extinse atunci când nevoile clinice ale acestora nu puteau fi îndeplinite în ședințele lor obișnuite, iar în cadrul societății britanice există un lung și complex istoric de conducere a unor oameni tulburați într-o analiză profund regresivă. Pentru Michael Balint, aceasta însemna atingerea ariei „defectului fundamental“; pentru D.W. Winnicott, obiectivul era de a ajunge la „miezul“ sinelui, prin abandonarea apărărilor sinelui fals.

17 — Mai mult decât oricare alt analist din Marea Britanie, Winnicott a experimentat metoda ședințelor extinse, în cadrul cărora își încuraja analizanzii să regreseze, iar acest fapt era unul cât se poate de cunoscut la acea perioadă. El și analizandul puteau chiar să stabilească, cu câteva luni mai devreme, când va putea să-i pună aceste ședințe la dispoziție, ceea ce îl ajuta pe pacient să amâne prăbușirea. Voi indica mai târziu punctele în care nu sunt de acord cu utilizarea regresiei de către Winnicott, dar nu aș fi putut imagina o asemenea manieră de lucru precum cea pe care am ales-o în absența acestei tradiții, care exista în societatea britanică de mai bine de 25 de ani.

În plus, fusese realizată o muncă de pionierat de către R.D. Laing, Cooper și Esterson la Kingsley Hall și, mai târziu, de către Joseph Berke și alții la Arbours. Atât Asociația din Philadelphia, cât și cei de la Arbours au pus la dispoziție instituții dedicate tratamentului unor persoane grav bolnave timp de peste 30 de ani și continuă să o facă și în ziua de azi.

Mandatul de a scrie această carte descinde din două surse. Prima dintre acestea este opinia mea că psihanaliza constituie forma cea mai potrivită de tratament pentru pacienții care trec printr-o prăbușire psihică. Deși am fost învățați mai degrabă că aceasta este eficientă în principal la pacienții psihonevrotici sau care dețin un nivel înalt de funcționare, de fapt mulți psihanalști lucrează cu analizanzi sever tulburați sau psihotici, iar experiența le-a arătat că travaliul de interpretare care vizează nucleul suferinței unei persoane poate avea un impact profund transformator. Într-adevăr, exact atunci când pacienții își ating maximul de vulnerabilitate — și în mod deosebit în cazul unei prăbușiri psihice —, aceștia devin de obicei disponibili la a fi ajutați și la dezvoltarea capacității de insight cu privire la propria persoană.

Al doilea motiv din spatele scrierii acestei cărți s-a născut din reacțiile pe care le-am stârnit de-a lungul anilor prezentând această metodă de lucru unor grupuri de psihanalisti. În cazul prezentărilor formale de grup, răspunsul a fost aproape unanim unul de dezaprobare. Argumentele cel mai des întâlnite au fost că încalcă regulile de cadru, că este seductivă, gratificatoare pentru analizand sau că ar constitui o punere în scenă în cadrul transferului și al contratransferului care eludează analiza.

Au fost exprimate motive de îngrijorare cu privire la calitatea profesională și etică a psihanalizei extinse, precum și sugestii referitoare la probabilitatea opoziției față de un astfel de tratament intensificat din partea profesiilor asociate (psihiatria, psihologia etc.). S-a adus și argumentul că, din cauza neutilizării imediate a unei intervenții psihotrope sau a spitalizării analizandului, suferința persoanei se va prelungi. În fapt, deși este adevărat că cei cărora li s-a pus la dispoziție o analiză extinsă suplimentară au trecut printr-o mare suferință la acel moment, odată ce criza a trecut, suferința le-a fost extrem de mult diminuată.

Știam, atât din propria-mi practică, dar și din ascultarea multor prezentări de caz, că analiștii care se limitau la modelul analizei de cinci ședințe pe săptămână nu numai că prelungeau în mod necugetat suferința analizanzilor, ci contribuiau la închistarea prăbușirii. În aceste cazuri, avea loc un colaps, dar în loc ca acesta să conducă înspre o reînnoire a sinelui, rămânea o oportunitate irosită. Analiza putea apoi să continue, adesea timp de mulți ani, fără să se parcurgă nicio schimbare transformatoare și, mult prea frecvent, destinul analizandului nu era decât a deveni un alt sine fisurat.

O reacție foarte diferită, pe care nu o întâlneam de obicei în cadrele formale, ci părea una comună în cadrul discuțiilor în

grupuri clinice restrânse, era: „Și ce e nou în asta? N-o facem cu toții?” Într-adevăr, analiștii aduceau în discuție travalii de o manieră aparent similară, în care le oferiseră pacienților ședințe suplimentare.

Deși, în mod evident, găseam acest răspuns ca fiind mai încurajator, rămâneam deseori cu senzația că un acord atât de rapid oferit tindea să împiedice examinarea mai detaliată a acestei chestiuni. Am menționat deja că, în majoritatea cazurilor în care un analist le oferise ședințe suplimentare celor care parcurgeau o prăbușire, o făcea cu sentimente ambivalente, le punea la dispoziție cu prea multă ezitare, prea târziu, iar suplimentările erau prea puține. Cu toate acestea, faptul că mulți psihanalisti și psihoterapeuți psihanalitici se simt obligați să ofere ședințe extra în perioadele de criză implică o recunoaștere a faptului că intensificarea analizei constituie o conduită legitimă și, într-un anumit sens, metoda pe care o descriu aici doar consolidează această idee ca fiind una ce ține de o judecată sănătoasă.

Trecerea de la adăugarea câtorva ședințe suplimentare la oferirea a două ședințe pe zi, șapte zile pe săptămână, și, în mod special, lucrul cu un pacient pe toată durata zilei, duce cu siguranță lucrurile cu un pas mai departe. Așadar, consider că teoria și practica proprii necesită mult mai multe explicații, astfel că, încurajat fiind de colegi, am luat hotărârea de a pune pe hârtie și de a publica prelegerile pe care le-am susținut pe acest subiect, pentru ca descoperirile mele să ajungă în atenția publicului și să devină o temă de gândire.

Din când în când, voi face referire la diferențele dintre tratamentele american și britanic al persoanelor care parcurg o prăbușire psihică, iar adevărul este că există o diferență enormă între aceste două culturi, din perspectiva spectrului creativității.