

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

José Henrique P. e Silva¹, São Paulo

Resumo: A práxis psicanalítica se depara com uma dimensão que requer atenção: A “ameaça de colapso”. Ameaça de ruptura da integração do *self* vivenciada como a vertigem de uma queda iminente, como perda de funções egoicas e riscos de fragmentação, como situação de fragilização ou ruína das defesas organizadas pelo *self*, que deixa o indivíduo diante de angústias que comprometem seu modo de ser e viver no mundo. Que lugar é este que passa a habitar o sujeito em queda e com sentimentos de loucura? É um lugar a ser experienciado, e isso exige termos clareza quanto ao valor da “experiência” no *setting* para oferecermos a adaptação necessária escapando à catástrofe do *self* e facilitando processos transformacionais em direção à reestruturação mental. O que pretendo é destacar alguns destes processos, a partir de C. Bóllas, mostrando a urgência que a “ameaça de colapso” requer na psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: Colapso; Angústia; Loucura; Adaptação; Integração.

a análise que envolve uma regressão clínica é muito mais difícil que aquela em que não é necessária qualquer adaptação ambiental. Por outras palavras, seria muito agradável se pudéssemos aceitar apenas pacientes cujos ambientes foram capazes de proporcionar-lhes condições suficientemente boas no início e nos primeiros meses.

Mas esta época da psicanálise vem rumando firmemente para um fim

(D. W. Winnicott, 1954).

1 Contato e endereço para correspondência: (11) 94392-3776 / analise.henrique@gmail.com / Rua Martiniano de Carvalho, n. 1049 apt. 235M, CEP. 01321-001, Bela Vista, São Paulo-SP

A “moral” contemporânea e a expansão da “ameaça de colapso”

Uma vez iniciando-se na práxis psicanalítica é razoável experimentar-se certa ansiedade e se ter a fantasia de que a psicanálise possui “regras fixas”.

Quem não enfrentou uma formação ouvindo alertas do tipo: “isso é quebra de *setting!*” Bem, depois, com alguma maturidade, especialmente através da análise pessoal, do olhar perspectivista sobre outros teóricos e do apoio em supervisões, vai tornando-se possível aceitar que a complexidade da subjetividade humana constrói arranjos para ser e viver no mundo muito específicos. Arranjos que são frutos de uma combinação muito rica de fatores resultantes de um amadurecimento que se dá a partir de tendências herdadas e trazidas como potencial a ser realizado e seus encontros com a realidade externa, na forma de seus cuidadores iniciais e todos os diversos ambientes que virão a seguir (Bollas, 1998).

E, nesse momento, aceitando esta complexidade da subjetividade, já podemos ir abandonando, gradualmente, a busca por um modelo teórico-técnico supostamente capaz de dar conta dos dramas do ser humano para nos colocarmos em posições de sermos aquele outro necessário à formação de um “par” que é capaz de reviver enquanto ambiente aspectos que favoreçam a constituição do eu, o abandono da onipotência e um olhar criativo sobre o viver e o relacionar-se. Nesse momento de conquista do amadurecimento pessoal e profissional nenhuma teoria ou corpo técnico será capaz de apagar a vivacidade da experiência da práxis clínica.

É através deste “par” que se desenrola a práxis psicanalítica. É através de sua existência e manutenção que toda a gama de recursos teóricos e técnicos pode se desenvolver no encontro. Transferência, associação livre, escuta, receptividade, autoanálise, comunicação, explicação, interpretação, elaboração, *insight* e outros recursos e conquistas só se tornam possíveis na práxis psicanalítica a partir da manutenção do “par”, único meio através do qual a relação “transferencial-contratransferencial” pode ocorrer.

A práxis psicanalítica, portanto, supõe este par e a possibilidade destes recursos serem utilizados de forma muito específica por par. O uso que um paciente neurótico faz de seu par analítico é muito distinto do uso que um paciente mais regredido faz. E em ambas as situações todos os recursos citados acima podem estar presentes, só que em intensidades, ritmos e qualidades distintas.

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

Se Freud nos legou, especialmente, uma teoria psicanalítica das neuroses, precisamos entender que, à medida que a psicanálise foi evoluindo muitas pontas de fios deixadas soltas por Freud foram desenvolvidas alargando o seu alcance e pudemos, então, ver melhor os diversos graus de amadurecimento emocional apresentados pelas pessoas que chegam até nós.

Foi assim que os processos analíticos voltados aos pacientes neuróticos foram ampliando-se e abrindo espaços para poder nos permitir alcançarmos pacientes em estados de *self* distintos que exigiam que assumíssemos outras posições no *setting*.

Então, não se trata do paciente ajustar-se à práxis psicanalítica. É ela que tem o desafio de ajustar-se às necessidades trazidas pelas mais diversas e complexas subjetividades que se apresentam no consultório. A adaptação do *setting* passou a ser uma palavra de ordem e isso trouxe desafios aos que costumam se acomodar a uma práxis bem “delimitada” e bem “protegida” por regras que se pretendem robustas, mas que confundem robustez com rigidez.

Não pode ser assim com o par analítico. Nunca pôde na verdade ser assim, e hoje temos a chance de ter uma psicanálise ainda mais complexa e viva a ser oferecida através de um “par” que reconstrói o ambiente necessário para as relações transferenciais-contratransferenciais.

Os recursos técnicos da psicanálise, portanto, precisam estar atentos à evolução diante deste dinamismo imposto pelas formas através das quais o *self* se constitui e se organiza para viver na realidade externa e com seu próprio mundo interno. E, mais que isso, hoje sabemos, a partir do alerta de Freud (1908), o quanto as formas pelas quais a moral se organiza (cultural, social, política e econômica) expande adoecimentos, com suas tonalidades históricas específicas.

Então, o que percebo é que o conjunto de recursos técnicos disponíveis ao par analítico “freudiano” continua extremamente necessário e válido, mas não são construções conceituais rígidas. Funcionam mais como “tipos ideais” que se concretizam de formas específicas a cada experiência vivida pelo par analítico. São construções conceituais vivas, que precisam ser adaptadas a cada configuração específica de um par analítico que se cria a partir de um encontro entre analista e outra subjetividade.

Ou seja, precisamos ser maduros o suficiente para não sucumbirmos aos encantos de uma técnica rígida, bem definida e sedutora em seus adereços. Mas, para isso, insisto, precisamos dar ao nosso amadurecimento pessoal uma atenção tão especial quanto àquela que

damos ao aprendizado teórico e ao respeito à técnica. Sem este amadurecimento, corremos o risco de virarmos “operadores de uma técnica” e jogamos por terra a ideia fecunda e viva do par analítico, nos submetendo ao velho e pobre cientificismo da relação sujeito-objeto, vendido como uma bela tentação nas vitrines de muitas psicoterapias e hospitalizações atuais.

Vem daí meu interesse em continuar sempre pensando sobre a adaptação do *setting* e buscando autores, como Bollas, que o mantêm vivo. Mas, quem, em linhas gerais, é Bollas?

Trata-se de um dos principais psicanalistas contemporâneos e que, com sua vasta obra, muito tem contribuído com a teoria e a técnica psicanalíticas. É um pensador que podemos apontar como, acima de tudo independente em termos de filiações institucionais mais rígidas.

Sua tradição é marcadamente freudiana, formando-se no espaço dos “independentes” na Sociedade Britânica de Psicanálise, mas mantendo uma permanente e aberta interlocução com representantes das grandes “escolas” psicanalíticas, como Lacan, Winnicott e Bion, dentre outros. É alguém que vê a psicanálise como uma experiência dinâmica onde, ao lado da teoria, da técnica e de nosso próprio amadurecimento, ainda temos a “cultura” a nosso lado, como fonte de ensinamentos para a relação do par analítico. Trata-se de alguém que nos chama a atenção para não esquecermos que o encontro com nosso paciente está para muito além de nossos recursos reflexivos e intelectuais o que, em si, já nos coloca em outros terrenos e posições no *setting*. Há, em Bollas, então, uma forma de atuar na clínica que resgata muito do pioneirismo de grandes teóricos que pensaram o *setting* como algo estimulante e dinâmico, como lugar de um permanente trabalho psíquico imaginativo.

É alguém que se soma aos que lutam para manter o pensamento aberto e em perspectiva, escapando às mortíferas dogmatizações.

E como ele pode contribuir conosco a respeito da “ameaça de colapso”?

Como Freud já nos mostrava, a presença de determinada “moral” social pode atuar como fator de expansão de determinados quadros clínicos, como ele próprio enxergava na relação entre as neuroses e a subordinação do indivíduo aos ditames da produtividade, da competitividade e da performance, no início do século XX.

Podemos até dizer que a situação não mudou, senão para intensificar-se ainda mais esta subordinação do *self* às exigências da nova “moral social”, tão elogiosa ao “prazer”, ao “encapsulamento narcísico” e a uma noção de “sucesso” que dispensa do horizonte a importância do outro e do social.

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

Esta “nova moral”, relendo Freud, pode ser facilmente vista como indutora de processos não somente neurotizantes mas, em especial, desestruturantes do *self*, atingindo em cheio as possibilidades de conquista e manutenção da integração pessoal.

É deste potencial risco de desestruturação do *self* que advém a “ameaça de colapso”, que tanto anda frequentando nossos consultórios.

Se, portanto, Freud via o fantasma da ameaça de expansão das neuroses, convivemos com algo ainda mais desestruturante para o *self*. É a própria integração do *self* que se vê cada vez mais ameaçada, fazendo expandirem-se os adoecimentos relativos à formação do eu e construção identitária.

E qual a natureza mais específica da angústia nestas situações onde o *self* se vê ameaçado de colapso e desestruturação?

A natureza da angústia na “ameaça de colapso”

A ameaça de colapso nos fala de pessoas que chegam até nós em uma situação em que experimentam estar à beira de um abismo. E, sabemos bem, a psicanálise nunca chegou a muitos acordos quanto a receber tais pacientes, acreditando, muitas vezes, não ter o que oferecer. São debates que ainda não se exauriram, e é bom que continuem abertos, pois assim todos temos chances de avançar no manejo dessa angústia primitiva e nas situações de regressão mais profundas que, muitas vezes, implicam. Situações que, como já sabemos bem, dão ao *setting* uma importância decisiva como provedor de um solo seguro para as necessárias provisões de cuidado. Provisões que ficarão no lugar das privações que foram experimentadas no início. Afinal de contas, regredir é regredir à dependência (Winnicott, 1964 e 1965).

Estamos falando, então, de uma pessoa que chega ao consultório carregando consigo “sinais de alerta” que ameaçam com a chegada do colapso ou, por outro lado, trazem a “iminência” do colapso mental. No primeiro caso, estamos diante de uma pessoa que está em processo de vulnerabilidade de suas defesas e fornecendo sinais de um possível “desmoronamento” gradativo do *self* ao longo dos dias ou semanas seguintes.

Experiências dissociativas, desligamentos em relação à realidade externa, sensação de enlouquecimento, vivência de um forte desamparo, mudanças no padrão da fala, maior hesitação e silêncio, enfraquecimento de certas funções egoicas etc. São situações que nos mostram uma mudança na forma como o idioma da pessoa se apresenta e que nos colocam na

posição de continência e sustentação desse *self* sob risco para que a eclosão do colapso possa ser evitada ou conduzida com mais segurança (Bollas, 1992).

No segundo caso, estamos diante de uma pessoa que carrega um “colapso iminente”, algo que está em pleno andamento e parece impossível ser detido. Aqui, o pânico parece estar instalado no *self*, ameaçando-o com uma explosão a partir de dentro e corroendo a quase totalidade dos recursos egoicos, sendo necessário, além da continência e da sustentação ir, rapidamente, atrás de possíveis significados sobre o que aconteceu e que possam ir formando uma espécie de teia onde o paciente poderá experimentar alguma segurança e manter alguma mínima integração, em meio à ameaça de aniquilamento está corroendo o *self* a passos largos.

É o próprio modo de existir que se vê sob risco. De modo geral, como Bollas nos fala, são dois tipos de angústia, uma expressa em “sinais de alerta” e outra de natureza mais “primitiva”, que desliga, que flutua livremente e traz sensações muito fortes de “ruína” do *self*. Neste segundo caso, o próprio processo de pensamento pode conhecer uma forte deterioração, deixando evidente o anúncio de uma forte necessidade de regressão à dependência, em busca dos cuidados a partir de um ego auxiliar, que detenha essa “desidratação psíquica” e esse “esgotamento da vida mental”.

Estamos diante, então, de situações críticas e que nos colocam muito distantes das posições convencionais do par analítico. Porém, são oportunidades que temos de oferecer aquilo que a pessoa necessita e evitar que as soluções passem exclusivamente por hospitalizações e medicalizações excessivas, bem como por terapias que anulem os potenciais transformativos e se sustentem apenas em aprendizados e desenvolvimento de habilidades. Há, então, segundo Bollas, a necessidade de um intenso, e extenso, processo analítico.

Talvez, para muitos profissionais, o medo e a ansiedade que sentem diante de um paciente que lhes surge à beira de um colapso se explique pela ideia que fazem de que o colapso inevitavelmente terminará em uma espécie de “descompensação psicótica”. É claro que essa possibilidade de descompensação existe e aí poderá surgir um “*self* colapsado” no lugar de um *self* que não pôde viver uma “renovação psíquica” na terapia. Tal “*self* colapsado” tenderá a deixar o indivíduo funcionando como se estivesse “danificado”. E isso pode permanecer assim pelo resto de sua vida. Mas, são situações pontuais de esquizoidias, depressões crônicas, esquizofrenias.

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

O fato é que, quando diante da ameaça de colapso, estamos diante de uma queda iminente que, entretanto, nos será reveladora das necessidades do *self*, o que pode abrir espaço para processos transformacionais de significação pessoal.

O colapso, então, carrega um “potencial transformativo”. Mas, para esse potencial se realizar, o *setting* precisa ser facilitador o suficiente para levar adiante a “transformação” (Bollas, 1987). Vejamos como Bollas nos aponta, a partir de suas experiências, alguns aspectos para a adaptação do *setting* e o manejo de situações em que o colapso se apresenta iminente.

Bollas e alguns aspectos do *setting* adaptado à “ameaça de colapso”

O desafio maior aqui será o de ser objetivo o suficiente ao apontar os aspectos fundamentais do manejo vistos por Bollas como imprescindíveis para o enfrentamento das ameaças de colapso no *setting* analítico. Não seria tão necessário, mas nunca é demais lembrar que tais aspectos foram vividos por Bollas nas experiências com seus pacientes e seria desastroso simplesmente tentar reproduzi-los em nossos consultórios (Bollas, 2024).

A grande lição que fica é que a experiência e as descobertas de cada profissional enriquecem a teoria e a técnica mas jamais se transformam em rituais sagrados. Funcionam bem mais como exemplos de experiências que nos motivam a viver as nossas próprias experiências com nossos pacientes, buscando as formas singulares de adaptação do *setting* às subjetividades específicas que se colocam à nossa frente.

Vamos a alguns dos principais processos envolvidos no manejo de pacientes em colapso.

- É fundamental à práxis analítica que possamos estar tomados por uma profunda **capacidade perceptiva e receptiva** que é o que nos possibilita reconhecer a vulnerabilização e não sermos tomados por angústias que nos levem a desistirmos destes pacientes. Este é um ponto fundamental pois situações de “ameaça de colapso” exigem respostas rápidas em termos de “cuidados iniciais” que, de fato, atendam às necessidades da pessoa. O risco maior aqui é que, sem essa adaptação inicial e oferta de cuidados ao psiquismo cambaleante o colapso comece a se “cristalizar” e faça surgir um “*self* colapsado”. Então, é muito importante a forma como recebemos aquilo que chega do paciente. E isso não quer dizer somente escutá-lo de uma posição distante e a partir de

nossos recursos de reflexão. Não! Trata-se de uma capacidade perceptiva e receptiva que devemos possuir para percebermos a vulnerabilização do *self* e nos colocarmos na posição de sustentação e cuidado. Ser “receptivo” não é simplesmente ser “acolhedor”, mas alcançar um nível de sensibilização que nos permita o apoio às necessidades egoicas que se tornam cada vez mais evidentes no paciente. Se desistirmos facilmente dele só o condenaremos a uma existência impessoal e solitária, sem comunicação e sem a possibilidade de vir a ser compreendido. Ser receptivo, então, é se permitir “impressionar”, sensibilizar, sem que isto prejudique nossa capacidade reflexiva e analítica do material trazido pelo paciente. É no nível da receptividade que a comunicação inconsciente com o *self* verdadeiro talvez melhor funcione e nos permita “enxergar” as formas assumidas pelo paciente em sua vida. São momentos em que não estamos somente escutando palavras, mas nos deixando impactar por sensações que constroem imagens em nós mesmos. Por isso, os riscos de ficarmos presos a uma interpretação da transferência no aqui e agora a todo momento levar a um enfraquecimento da “capacidade receptiva” ou mesmo seu desaparecimento. É esta capacidade perceptiva e receptiva que possibilitará também o desvelamento e a compreensão do “abismo” que o paciente enxerga à sua frente para que se inicie a busca pelas possibilidades de “transformação”;

- A ameaça de colapso, assim, carrega um “potencial generativo”, “transformacional”, que teria de ser aproveitado no processo terapêutico. É uma luta para não se “desistir” do paciente na situação em que seu *self* está ameaçado de colapso. É este potencial que, se não for aproveitado no *setting* poderá resultar em um quadro de “*self* colapsado”, evidenciando um processo de ruptura que não foi experienciado em meio a cuidados terapêuticos e que organizou o *self* em torno do colapso. **A ameaça de colapso precisa, então, se vivida como uma experiência possível, segura**, e não simplesmente evitada, anulada. A pessoa em ameaça de colapso ou com o *self* colapsado precisa ser compreendida em suas profundezas do *self*. O colapso é uma “crise necessária”;
- Porém, tal potencial transformativo só terá chances de se realizar a partir das **provisões ambientais fornecidas pelo *setting*** que, por sua vez, será um convite a um processo analítico intenso e extenso. E isso implica ajustes e adequações por parte do *setting*. Por exemplo, Bollas, diante de graves situações, tomava a decisão de flexibilizar a sessão ou as próximas sessões de forma a oferecer-se em uma dedicação intensa ao paciente. Tais

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

situações extraordinárias apontam para o caráter adaptativo do *setting* analítico, onde o par se forma de acordo com a necessidade do paciente.

- Sendo o colapso uma crise necessária, veremos que, em situações assim, não há um padrão a seguir, pois devemos respeitar o caminho seguido pelo ego do paciente. Ou seja, ele pode começar falando livremente, as vezes refletindo sobre algo, outras vezes pode trazer acontecimentos recentes e ligá-los a acontecimentos do passado, ou ainda pode começar trazendo situações das profundezas. E, independentemente de como ele comece, não há nada que justifique redirecionar o foco do paciente para algum lugar. O fundamental é que começará a se **abrir caminho para experiências emocionais que, finalmente, poderão emergir e ser expressas**. E, diferentemente dos afetos, a experiência emocional não é tão facilmente observável, talvez porque traga sempre algo “mobilizante” que envolve a pessoa. Mas, qual a natureza da experiência emocional vivida em um colapso? A pessoa mergulhou em um evento interno, profundo. E esse mergulho pode ser acompanhado de afetos como risos, lágrimas, raiva, inquietação, certos padrões de fala. Tudo isto surge como “sinais externos”, mas as suas emoções não são bem percebidas. Uma experiência emocional é mais “invisível” do que até mesmo um sonho, que pode ser relatado e pensado em seus elementos do passado. Os elementos de uma experiência emocional estão a todo instante em um movimento complexo e de muito difícil percepção. E quando de um colapso, o que se vê é a liberação e atualização de experiências emocionais que ficaram congeladas na psique, e isso de forma, muitas vezes, abrupta. Então, é de se esperar que seu impacto seja enorme sobre a pessoa. São fenômenos que, em uma longa sessão, podem atingir o seu ápice pois não estão limitados pelo tempo e pelo uso de palavras, ou mesmo a partir de outra forma de organização. São experiências internas que não podem ser simplificadas em uma ideia organizada. Experiências que trazem uma “força de cura” pois o núcleo do *self* fica invadido por emoções difíceis de serem nomeadas, mas que possuem significados e será um desafio ao par analítico. São momentos em que a pessoa vivencia aspectos regressivos, momentos de muito silêncio, entremeados de muita dor, como se estivesse em um possível renascimento. Momentos assim não serão propícios para se estimular diálogos, articulações para interpretações e menos ainda *insights*. Todas estas características,

essenciais à análise, em momentos assim, recuam e se ajustam para abrir espaço a uma “dimensão mais fundamental do ser”.

- Desse modo, é natural se esperar que os “pensamentos” tenham mais tempo para surgirem e se desenvolverem, mas não se trata somente disso. Bollas nos leva mais adiante e enxerga uma qualidade particular neste tipo de pensamento que surge em sessões assim: ele não seria simplesmente um pensamento reflexivo, mas “integrativo”, uma espécie de “reflexão integrativa”. É claro que todo pensamento e reflexão contribui para se alcançar algum grau de integração. Mas, a reflexão que ocorre em sessões assim, prolongadas, em meio ao colapso, trazem uma qualidade nova. Elas ampliam nossas percepções de uma forma especial, permitindo visões mais amplas e profundas acerca de nosso mundo interior, de nosso *self*. E essa percepção mais ampla e profunda exige um tempo mais lento, justamente para conseguir ser ampla e profunda. Esta é uma necessidade fundamental à pessoa que vive um momento assim. Em uma situação de colapso, a consciência e as habilidades do *self* são invadidas pela emergência de memórias, ideias e emoções enigmáticas e paralisantes. Estamos em um momento “encriptado”, fechado, encapsulado. E isso exige tempo para alguma decifração e entendimento. E quando se fala em “entendimento” não se quer dizer simplesmente “uso do intelecto”, mas muito mais e uma “imersão” em tudo isto que surge, pois somente assim se pode alcançar alguma “condensação”, como num sonho. E aí o que temos, então, é um trabalho não somente da consciência, mas um trabalho adicional por parte do inconsciente. É a partir desta “compreensão” que vai se dando, paralelamente, a recuperação da mente. É nesse sentido que ele nos fala que “compreender o mistério é recuperar a sanidade”. É um processo de expansão da própria consciência. Por isso, ele acredita ser fundamental o esforço de se **investigar e colocar de forma bem clara as razões pelas quais a pessoa adentrou no colapso. E em seguida, também ir deixando claro os motivos pelos quais ela tornou-se assim em função de sua história psíquica.** Tudo isto com o objetivo de instruir o *self* desde o seu interior, fazendo com que o que parecia pavoroso à pessoa, possa agora se transformar em um conhecimento emocional. Dessa forma, as explicações que forem sendo, gradativamente, fornecidas, irão ocupando um lugar de caos e dando chances ao desenvolvimento de uma nova forma de perceber a vida. E, à medida que o paciente for se recuperando do colapso, esse tipo de consciência vai desaparecendo, sendo descartada

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

para, mais tarde, se perceber algumas mudanças nas formas de pensar, de ser e de se relacionar do analisando. Ou seja, nesses momentos posteriores, aquelas explicações passaram a se tornar parte da estrutura mental do *self*, justamente devido à comunicação possível entre o inconsciente e o consciente.

Bem, vejamos, de forma mais específica, alguns exemplos de ajustes no *setting*:

- 1) É alta a necessidade de uma equipe de suporte ao “par” para podermos recorrer a profissionais, pessoas ou instituições que elegemos como importantes ter por perto para aquele paciente. É uma rede de apoio que permite oferecermos uma “assistência hospitalar” sem que o paciente esteja no hospital;
- 2) Este apoio incrementa a confiança em nosso ambiente permitindo uma “administração” dos detalhes práticos da vida do paciente por algum tempo;
- 3) Situações assim, inevitavelmente, trazem desdobramentos psíquicos dolorosos e será importante fornecer alguma “explicação” através de uma comunicação clara de por que e como o *setting* está mudando. O paciente não compreenderá tudo sozinho pois está em meio a fortes angústias e tomado por incertezas e medos. Então, temos de comunicar de forma objetiva e calma que compreendemos a fase difícil e o quanto sabemos que este momento é importante, e que, em momentos assim, a rotina do tratamento se altera para que tenhamos mais tempo e oportunidade para processar o que for necessário;
- 4) Daí podemos fornecer uma espécie de um novo contrato, mais pontual, para os próximos dias ou semanas, dando a tranquilidade ao paciente para saber que estamos cientes de que podemos fazer isso pela nossa experiência. Como ele está vulnerável surgimos como um “porto seguro” nesta mudança de ritmo do tratamento. E a partir daí podemos estender os as mudanças para detalhes práticos de sua vida, seja em casa, locomoção, trabalho, visita a médico, ajuda de familiares ou amigos etc., ou seja sua rotina concreta. Essa ajuda faz parte do novo manejo assumido pelo *setting* durante algum tempo;
- 5) A forma de apresentarmos estas mudanças no *setting* pode ser muito reconfortante ao paciente, lhe dando alguma segurança em um ambiente que o sustenta, em situações assim. Acima de tudo, é importante que o paciente perceba que tudo ali tem um tom profissional e isso é a base para se solicitar a ele que relaxe e confie no processo analítico;
- 6) Esta confiança a ser conquistada é o solo seguro para que possam surgir experiências que se transformem em superação, tendo impactos bons sobre toda a vida do paciente;

- 7) Aspecto importante nestas mudanças é o “tempo”. Temos que agir com rapidez na organização do *setting* antes que o colapso avance demais, aumentando o pânico do paciente e criando condições de cristalização do trauma. Daí podem surgir condições muito mais difíceis de reversão;
- 8) Um aspecto trágico é o profissional sentir-se coagido, seja por medo de falhas ou críticas, e agir de forma muito defensiva, praticamente se recusando ao tratamento. É uma falha no ajuste do *setting* devido à ansiedade, desconhecimento, hesitação ou falta de confiança no próprio processo analítico;
- 9) É claro que o paciente colocará objeções, o que são resistências até positivas, pois indicam algum desejo em manter a normalidade, o que faz parte do impulso vital. Podemos apoiar este desejo, mas assegurar que as mudanças visam ajudá-lo a atravessar a crise que já está em andamento. São mudanças na rotina que geram resistências mas que logo podem ser vistas a partir de seus aspectos vantajosos à força de ego do paciente;
- 10) Ainda é bom se destacar que, em um contexto assim, se intensifica o compromisso de um ser humano com outro e é muito bom que assim o paciente entenda. Ou seja, que ele perceba que há alguém interessado em estar com ele nesse momento angustiante, daí todo o cuidado com a comunicação ser importante. Precisamos estar muito confiantes, não simplesmente em nossas habilidades, mas na eficácia terapêutica do método analítico. Então, há um “fator humano” que, em si, já faz parte do processo curativo, especialmente se estivermos diante de alguém que pouco recebeu cuidados em sua infância, ou que teve pais que, embora, fizessem muito, lhes faltou o “toque humano” em suas ações, ou seja, lhes faltou um “potencial de empatia” que não foi colocado em ação. Estamos, nesse momento, para além do âmbito das palavras, mas sempre no terreno da comunicação;

Enfim, estes são alguns dos aspectos levantados por Bollas e que norteiam e servem como diretrizes para este momento da análise que se inaugura com a ameaça de colapso ou mesmo com o colapso do *self*. São aspectos que todos nós precisamos estar atentos, mas não só a estes, como também à aqueles que se apresentam na singularidade de cada um de nossos casos em nossos consultórios.

Somos “historiadores do *self*”

Bem, gostaria de caminhar para a finalização chamando a atenção para aquele aspecto de nosso trabalho em que lidamos com o passado e com a história. Temos que parecem idênticos, mas não o são.

Bollas, como outros autores, nos lembra que o “passado” é uma experiência primária vivida pelo nosso *self* em meio a tantas outras. Experiência geradora de fatos, acontecimentos, eventos, enfim, mas nada disso terá importância se não ocorrer uma transformação e passarem a ter um “significado”. É assim que, todos podemos ter um passado, mas nem sempre temos uma “história pessoal”.

Um exemplo é o esforço que fazemos, em análise, para “criar” nossas histórias. Ao relatamos e narrarmos estamos nos esforçando em transformar nossas experiências passadas lhes dando algum significado imaginário ou simbólico. São esforços para encontrar algum sentido naquilo que vivemos e onde a memória é escassa ou sequer é consciente. Claro que, para complicar, isso que narramos pode estar repleto de intenções que tiram o foco dos elementos dolorosos, muitas vezes recalcados, perdidos em um suposto esquecimento, ou sequer possíveis de serem recordados.

Então, boa parte do trabalho analítico, um dos grandes produtos da análise, será justamente o de ajudar nesta tentativa de “reconstruir as muitas histórias do *self*”. Sendo natural que esse “ato de historiar” se utilize de memórias conscientes e inconscientes. É a partir daí que se poderá, quem sabe, alcançarmos uma “narrativa consciente” e agora, poder-se lidar com os impactos que os acontecimentos nos causaram quando não podíamos pensar e elaborar. Nesse momento somos como que “historiadores do *self*”.

Quando do colapso, uma massa de informações começa a ficar mais clara. A pessoa está em crise e vive uma situação paradoxal. De um lado, está desmoronando, vendo o *self* fragmentar-se, de outro lado, também vive um momento de integração do *self*. O ato de fazer história é generativo, transformativo, integrador, “ordenador” do caos. E, nas situações de ameaça de colapso recuperar a possibilidade de algum sentido se torna um trabalho fundamental desde os primeiros momentos, pois significa manter, ainda que em níveis mínimos, a capacidade de pensar.

É nesse sentido que Bollas nos diz que:

a estrutura do processo psicanalítico está posta para desencadear essa emergência para que possa contê-la e transformá-la. No entanto, é incorreto sugerir que a psicanálise é a causa da crise. Esses colapsos acontecerão em algum momento, seja dentro da ação evocativa de um relacionamento ou quando houver um novo choque para o *self* na vida externa (Bollas, 2024, p. 120).

Dessa forma, o “segurar antes que caiam” é fundamental à que o colapso possa ser vivido de uma forma não aterrorizante e, pelo contrário, possa transformar o que seria uma catástrofe em um espaço potencial para uma mudança essencial na pessoa. E, para isso, a pessoa em colapso precisa de “tempo”, pois se trata de uma experiência que se desenrola no tempo e no contexto de uma relação humana.

Então, fica claro que o analista precisa estar preparado para estar “presente” o tempo que for necessário. Por isso falamos em um *setting* readequado, diferente do *setting* convencional, com aquela duração de tempo que todos nós conhecemos bem. É um *setting* cuja forma será muito importante para a estruturação do ego e do *self* do analisando.

Nesse momento, estamos em um grande trabalho do ego, que coloca em ação uma de suas principais tarefas: buscar estruturar complexos psíquicos do passado e desenvolver um sentido particular às tarefas que enfrenta no presente.

Isso para que o ego possa vislumbrar as etapas que estão por vir, no futuro. Todo este trabalho é fundamental ao processo do colapso poder ser uma experiência e ser superado. Aqui, temos um tema interessante pois não podemos subestimar a necessidade de fazermos um investimento mental no “futuro”.

A vida é difícil, cheia de inesperados, e não podemos renunciar ao futuro. Então, não se trata de ver o futuro só como objeto da imaginação, e sim como um objetivo do ego. E em cada segundo de nossa vida estamos realizando isto. É bom que possamos sentir a vida em movimento. É neste movimento que o ego trabalha.

O futuro, em meio ao colapso, adquire uma importância fundamental, ele traz uma dimensão curativa crucial para o analisando em colapso. Ou seja, deve haver um mundo à nossa espera e para o qual vamos retornar após o colapso. Nesses momentos, a pessoa está tomada por uma espécie de “fé egoica”.

Aspectos do manejo diante da “Ameaça de Colapso”

Com esta história integrativa surgindo mudam-se muitos dos “axiomas” com que se pensava e olhava a vida e o mundo e daí pode ocorrer um reposicionamento do *self* num amplo momento transformativo.

É claro que cada caso será sempre um caso, e é impossível dizer quanto tempo o paciente levará para alcançar este momento transformacional. Mas, de uma coisa Bollas não abre mão, a de apostar na adaptação do *setting* nas situações de colapso, pois isso daria ao paciente, segundo ele, a chance de se ver sustentado.

Surge, então, um novo *self* muito menos defendido, pois a vida consciente e a vida inconsciente podem ser mais permeáveis, como fruto da transformação e do amadurecimento surgido.

É uma fortíssima experiência humana, que faz com que a pessoa carregue uma certa ânsia por viver e retomar a vida cotidiana, com mais engajamento.

Nesse sentido, uso as palavras de Bollas para concluir: “quando o colapso mental é acolhido pela psicanálise, o *self* recebe um outro senciente, paciente, comprometido e compreensivo. Por aparecer em um momento de necessidade tão aguda, isso é profundamente curativo, tanto do presente quanto do passado (2024, p. 158).”

Referências

- Bollas, Christopher (1987). *O Objeto Transformacional*. In: A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado. Tradução de Fátima Marques. – São Paulo: Escuta, 2015, © 1987, p. 49-64.
- Bollas, Christopher (1992). *Uma teoria para o self verdadeiro*. In: Forças do Destino: Psicanálise e Idioma Humano. Tradução de Rosa Maria Bergallo. – Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992 © 1989, cap. 1, p. 19-35
- Bollas, Christopher (1998). *Aspectos da Experiência do Self e O Objeto Evocativo*. In: Sendo um Personagem. Tradução de Susana Menescal de Alencar Carvalho. – Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1998 © 1992, cap. 1 e 2, p. 3-31.
- Bollas, Christopher (2024). *Segure-os antes que caiam*. Organização Amnéris Maroni, Tradução Lirácio Jr. – São Paulo: Editora Nós, 2024 © 2013.
- Freud, Sigmund (1908). *Moral Sexual “Civilizada” e Doença Nervosa Moderna*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud. – Rio de Janeiro: Imago, 1996 © 1969, edição de 2006, vol. IX, Gradiva de Jensen e outros trabalhos (1906-1908), pág. 165-186.
- Winnicott, D. W. (1954). *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico*. In: Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas; Introdução de Masud Khan; Tradução de Davy Bogomoletz. - Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. © 1958 *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Capítulo XXII, Pág. 388.
- Winnicott, D. W. (1964) *A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise*. In: Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott; Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis; Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994, 2ª. Reimpressão, 2005, parte 1 “Psicanálise: Teoria e Prática”, cap. 19, p. 77-81 © 1989.
- Winnicott, D. W (1965). *Notas sobre retraimento e regressão*. In: Winnicott, Clare. Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott; Clare Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis; tradução José Octávio de Aguiar Abreu. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994, cap. 23, pág. 116-118.