

Edmond Gilliéron

Psicanálise e psicoterapia: breve?

Edmond Gilliéron, psicanalista, dirige a Policlínica de Lausanne, Suíça, uma instituição ambulatorial ligada à Faculdade de Medicina, destinada ao atendimento em saúde mental e à pesquisa. Tem desenvolvido um longo trabalho sobre o tema das psicoterapias breves, e tem dirigido sua atenção ao estudo do funcionamento psíquico em contextos diversos daquele do enquadramento clássico da

psicanálise. A partir deste enfoque, propõe a retomada de alguns temas: o problema da mudança psíquica, a questão diagnóstica, as indicações de tratamento e... as relações entre psicanálise e psicoterapia. Tivemos a

Entrevistadores: Flávio Carvalho Ferraz*, Maria S. Deweik* e Mauro Hegenberg*. **Tradução:** Eveline Alperowitch*. **Edição:** Decio Gurfinkel* e Mara Seabra*.
*Membros do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae

oportunidade de tomar contato com as suas idéias em junho de 1993, quando estive no Departamento de Psicanálise, e pudemos observar a controvertida acolhida de sua maneira de pensar. Trata-se de um "desvio", deturpação ou simplificação da "coisa" psicanalítica - uma brevidade que pode redundar em ligeireza - ou trata-se de uma maneira própria e criativa de recolocar alguns problemas que concernem a muitos de nós, a partir de um ângulo diferente e ancorado em uma prática clínica institucional? A publicação desta entrevista pretende ser um estímulo ao debate.

Percorso: Gostaríamos de saber como o senhor chegou a conceber o seu método de trabalho, que utiliza na Policlínica de Lausanne. Que tipo de questões e que tipo de dificuldades foram encontradas?

Gilliéron: Na verdade, creio que tudo surgiu a partir de uma questão de formação. Desde o início, fiz minha formação num meio psicanalítico. Fiz uma análise pessoal muito cedo, e antes mesmo de terminar meus estudos de medicina, fui levado a assumir responsabilidades numa clínica. Portanto houve algo que exerceu alguma pressão sobre mim, para que eu me formassem muito rapidamente; e isto basicamente no domínio psicanalítico, no início. Quando comecei a pós-graduação, já estava em análise, e fui confrontado com as idéias trazidas por um dos meus colegas que voltava dos Estados Unidos, onde tinha trabalhado em diferentes centros de terapia familiar. Ele trabalhou com Lyman Winn, com Don Jackson, e fez estágio no "American Institute". O ponto de vista sistêmico me interessou muito naquele momento. Apesar de minha formação psicanalítica, fiz pesquisas sobre o funcionamento de famílias, apreendendo-o a partir da teoria da comunicação e da teoria da mudança no plano sistêmico. Comparávamos, então, o funcionamento de famílias psicóticas, neuróticas, depressivas e outras, e

publicamos um livro sobre este assunto. Em seguida, quando prosseguiu minha formação em psiquiatria ambulatorial, reencontrei-me num meio muito psicanalítico, mas com esta formação sistêmica. Eu era um jovem entre pessoas bem mais velhas, melhor formadas teoricamente, e dei-me conta de que minha formação sistêmica oferecia-me enormes vantagens - por exemplo, no que diz respeito a diagnósticos. Eu conseguia estabelecer diagnósticos com mais precisão e rapidez,

“Tive a surpresa de verificar que o simples fato de fixar um término produzia um efeito dinamizador.”

baseado na compreensão do funcionamento de famílias psicóticas, não-psicóticas etc. Este era um dos aspectos que me espantavam. Mesmo sendo psicanalista, minha formação sistêmica favorecia-me com possibilidades diagnósticas e psicodinâmicas suplementares.

Percorso: O que o senhor chama de "formação sistêmica"?

Gilliéron: Em terapia familiar, estuda-se as famílias em seu conjunto, isto é, os sistemas de interação que se produzem nas famílias de um paciente neurótico, esquizofrê-

nico, depressivo, ou de algum outro tipo. Cheguei a estudar dezenas de famílias, fazendo uma análise das comunicações, mas no plano da realidade; dentro desta perspectiva, não é dada ênfase aos fantasmas subjacentes.

Percorso: O senhor se refere à Escola de Palo Alto?

Gilliéron: Sim, mas também à Escola de Ackerman e ao Grupo de Filadélfia. Outros colegas e eu estudamos diferentes contribuições, mas o modelo que seguíamos era predominantemente o de Palo Alto. O segundo ponto é o da questão das técnicas psicoterápicas. Havia muito interesse, na Policlínica, em tentar saber o que era uma terapia de apoio e o que era uma psicoterapia psicanalítica. Como trabalhávamos muito com seminários, com grupos, e como supervisionávamos o trabalho uns dos outros, percebi que alguns terapeutas tinham a impressão de fazer alguma coisa que não era provavelmente aquilo que faziam. A minha questão era: o que caracteriza uma interpretação psicanalítica? O terceiro ponto, que é o ponto de partida de minhas pesquisas sobre a psicoterapia breve, foram três incidentes. Resumidamente: depois de começar meu trabalho na Policlínica, tive três pacientes, um em seguida do outro, que precisaram - por razões independentes de sua vontade - terminar a psicoterapia antes do previsto, e então decidimos fixar um término. Decidimos isto, e se por acaso fosse necessário prosseguir o tratamento, o paciente trataria de continuá-lo onde pudesse. Eu tive a surpresa de observar que o simples fato de fixarmos um término produziu, nos três casos, um efeito considerável, um efeito dinamizador. Nos três casos, fiquei com a impressão de que tínhamos concluído o trabalho. E, efetivamente, nos três casos, mais de um ano depois fomos informados de que tudo estava bem; não houve recaída e as pessoas estavam contentes. Foi uma experiência que me marcou.

Percurso: Quando se pode considerar que uma psicoterapia está terminada?

Gilliéron: Nestes casos, o final do processo relacionava-se à possibilidade de resolução de um luto, à observação de que os pacientes estavam manifestamente mais maduros do que no começo, e de que seus sintomas desapareceram. Um deles tinha um sintoma de impotência bem claro; outro vivia uma grande inibição nos estudos, um bloqueio realmente maciço, e isto também foi resolvido. E este paciente era claramente um caso borderline, no sentido de Kernberg. Nesta época, sendo eu ainda um jovem assistente, pediram-me para fazer uma conferência. Nela, falei desses três casos e dos problemas do final do tratamento. Redigindo a conferência, lembrei que tinha ido a Londres, dois anos antes, com um dos meus colegas. Lá visitei a clínica de Tavistock, onde me falaram dos trabalhos de Malan sobre psicoterapia breve. Foi em função destes casos que de repente os trabalhos de Malan voltaram-me à lembrança. Pouco depois desta conferência, alguns colegas pediram-me para organizar um seminário sobre terapias breves. Aí começamos a retomar trabalhos como o de Malan. Aos poucos, fui percebendo que, combinando a abordagem sistêmica e a abordagem psicanalítica, podia-se fazer um trabalho extremamente eficaz, rápido e interessante, porém modificando um pouco as concepções habituais de organização do tratamento.

A policlínica de Lausanne

Percurso: O senhor pode nos contar um pouco como é o funcionamento da Policlínica?

Gilliéron: Todo o serviço funciona segundo um modelo que aplica as teorias que temos desenvolvido, o "modelo da psicoterapia breve", se assim podemos chamá-lo. Isso não

quer dizer que só fazemos psicoterapias breves; fazemos também muitas psicoterapias analíticas de longa duração, e os colegas mais velhos fazem também psicanálise. Somos uma instituição que atende apenas pacientes ambulatoriais, uma *outpatient clinic*; trata-se de um serviço público, e neste sentido não há como recusar pacientes. Recebemos toda espécie de psicopatologias, de pequenas perturbações orgânicas até psicoses esquizofrênicas - casos pouco freqüentes - incluindo

“A investigação inicial, em quatro sessões, é um estudo da crise que motivou a consulta à Clínica.”

perturbações mais leves, tais como reações neuróticas (neuroses reativas). Os esquizofrênicos, no conjunto da população, representam menos de 10% de nossos pacientes. As perturbações depressivas estão entre 3 a 4%. Ao contrário, temos perturbações somatoformes que representam de 10 a 12%; as perturbações neuróticas, compreendendo os borderline, representam 30%, e constituem o que os norte-americanos chamam de "problemas de adaptação". Predominam, então, os quadros neuróticos, as pertur-

bações reativas e as somatoformes, psicossomáticas em sentido amplo. Se considerarmos a maneira pela qual as pessoas vêm à consulta, perceberemos que, grosso modo, 10 a 15% são encaminhadas por clínicos gerais, 3 a 4% vêm do hospital psiquiátrico para um pós-tratamento, e mais de 60% dos pacientes nos consultam espontaneamente, por terem conversado com um colega, um amigo, ou algum conhecido. Temos um sistema de consultas misto, isto é, às vezes em aberto, outras vezes com hora marcada; é possível também que o paciente chegue em uma situação de emergência. Há também um serviço de prevenção para a cidade, prevenção psiquiátrica, que pode, de tempos em tempos, ser chamado a domicílio, e posteriormente continuar com consultas na Policlínica. Quando o paciente chega à consulta, será atendido por um responsável que tentará fazer uma idéia rápida de qual tipo de paciente se trata, e o encaminhará a alguém que o tomará a seu cargo. A investigação se fará segundo o modelo das quatro sessões que já explicitarei nos meus trabalhos: o médico - e na Policlínica todos os terapeutas são médicos - deve estudar e fazer uma idéia das motivações da vinda do paciente, e deve rapidamente fazer uma hipótese psicodinâmica relacionada a ela. A técnica das 4 sessões baseia-se, então, na utilização da dinâmica que conduziu o paciente à consulta. Portanto, é um estudo da crise. O paciente confrontado com graves dificuldades relacionais vai procurar, inconscientemente, um substituto no psicoterapeuta - este é o movimento pré-transferencial. Mas, evidentemente, um terapeuta não pode substituir um personagem da história de vida do paciente, pois o terapeuta está lá para tratar e não para substituir. As interpretações serão fundadas sobre este ponto, e é assim que podemos ajudar verdadeiramente um paciente, uma vez que lhe damos a possibilidade de renunciar a

essa compensação. Trata-se de renunciar a encontrar no terapeuta um personagem da história de vida, e procurar uma outra solução. Para isso, o meio que se usa é a interpretação inicial, que justamente visa desvincular o terapeuta da demanda do paciente e que tem a função de dar sentido a tal demanda inconsciente. Assim, o desejo será reconhecido verbalmente, mas não terá uma resposta pelo ato. Sempre, portanto, aceita-se a atitude do paciente, mas se dá um sentido a ela. Essas são as bases da interpretação inicial.

Percorso: E por que quatro sessões?

Gilliéron: Uso a primeira entrevista para entender aquilo que está acontecendo e, se possível, para construir a primeira hipótese e formular ao paciente, ao fim desta sessão, uma primeira interpretação. Mas é possível que esta primeira interpretação não ocorra ao final da primeira sessão. Neste caso será preciso um trabalho de elaboração, por parte do terapeuta, e que será efetuado após a sessão, a fim de poder formular a interpretação na segunda sessão. E aí, neste momento, é preciso que o paciente possa ter a oportunidade de reagir e de dizer o que ele pensa a respeito. Para tanto é que existe o tempo de elaboração, o que nos leva a uma terceira sessão. Ou seja, a segunda e a terceira sessões são elaborativas. Já a quarta sessão é a da tomada de decisões - isto é, ver-se-á juntamente com o paciente se o processo pode parar por aí ou se é necessário seguir com um tratamento de mais longa duração. O tempo entre as sessões é de uma semana até um mês - depende da estrutura da personalidade. Interrogamo-nos sobre os sinais possivelmente objetiváveis de mudança psíquica: não quer dizer que perguntemos diretamente ao paciente, mas ouvimos o que ele traz na sessão. Os sinais objetiváveis estão presentes quando se percebe que o paciente reconhece sua difi-

culdade, associa sobre seu passado e demonstra que modificou algo em suas relações. A interpretação inicial tem freqüentemente um efeito terapêutico imediato, e permite uma mudança inicial muito importante, que possibilita a um terço dos pacientes pararem após um tempo de elaboração de três a quatro sessões. Chamamos esta proposta de recepção dos pacientes de "intervenção terapêutica breve", e ela está relacionada com as elaborações conceituais que te-

“Os princípios fundamentais da terapia breve são a limitação temporal e a focalização: ater-se a um problema central.”

nho desenvolvido em termos das conseqüências da variação do setting no funcionamento psíquico e suas relações com a "mudança psíquica". Isso funciona, é uma técnica adotada em muitos centros da Suíça francesa, assim como em alguns centros da Holanda e da Bélgica (Bruxelas). Parece que responde a uma necessidade de muitos serviços.

Percorso: O senhor poderia explicitar como é, hoje, o modelo de psicoterapia breve com o qual trabalha?

Gilliéron: As psicoterapias breves têm uma relação com a psicanálise na medida em que a noção de brevidade refere-se sempre, por contraste, à duração da análise. Mas há um princípio fundamental, além da limitação temporal, acrescido às psicoterapias breves que é o da focalização; trata-se de uma maneira de escolher um problema psicológico central e ater-se apenas a ele. Isto simplifica o tratamento e permite abreviá-lo. Normalmente, a psicoterapia breve aplica-se a formas específicas de psicopatologia. Vocês sabem que a técnica de Sifneos, por exemplo, dirige-se apenas a conflitos edipianos; Malan, por sua vez, trata só dos casos em que é possível se definir um conflito; Davanloo tem uma técnica dirigida a estruturas da personalidade especialmente rígidas. A técnica que eu proponho está muito próxima da psicanálise clássica. Isto é, o paciente faz associações livres, tal como na psicanálise, e escolhe-se como foco as motivações que o trouxeram à consulta - o que implica em dizer que o foco é escolhido inconscientemente pelo próprio paciente. A primeira tarefa é determinar a influência de um dado contexto relacional sobre a crise que mobiliza o paciente a buscar tratamento, e a segunda é de clarificar a maneira pela qual as mudanças psíquicas podem ocorrer em uma relação psicoterapêutica, e é isto que diz respeito à questão da interpretação. Os princípios de base da psicoterapia breve que eu proponho são, então: a limitação da duração que varia de três meses a um ano; a disposição face-a-face; a posição de neutralidade e abstinência do terapeuta; a regra da associação livre para o paciente; e a análise das resistências e dos conteúdos das associações, levando-se em consideração as interações paciente/terapeuta. Estamos, neste último ponto, dentro daquilo que chamei de "segunda tarefa". Sublinho que não se trata da busca de um sentido inerente ao que o paciente diz, mas trata-

se, justamente, de observar a influência que o paciente procura exercer sobre o terapeuta. Para tanto, convém ao terapeuta manter-se atento aos vínculos associativos que ligam uma sessão à outra; estes vínculos são estabelecidos de acordo com a elaboração que se processa daquilo que acontece durante as sessões. Percebam que eu coloco o acento na atividade do paciente e não na do psicoterapeuta, diferentemente de outros modelos de psicoterapia breve. É o enquadre que delimita as fronteiras da psicoterapia, e é então em relação a ele que considero o problema das indicações. Vejam, não se pode propor um limite de tempo a um paciente que não encontrará proveito nisso. As indicações de psicoterapia breve são fundadas, portanto, nas organizações de personalidade do sujeito. Considero este tipo de tratamento contra-indicado, por exemplo, para pacientes pré-psicóticos e obsessivos: o pré-psicótico não entende a limitação temporal, e se eu ofereço a ele alguma coisa que ele não entende, estarei prejudicando-o; já no caso do obsessivo, observamos como este tipo de paciente utiliza regularmente o limite de tempo como uma resistência.

Mas para mim as psicoterapias breves não são apenas um tratamento propriamente dito. Com isso quero dizer que, além de seu aspecto terapêutico, elas oferecem a possibilidade de refletir sobre o funcionamento psíquico; neste sentido, eu as considero como um método experimental que pode ser comparado à psicanálise ou a outras formas de tratamento. Meu trabalho é muito mais sobre o funcionamento psíquico e sobre as técnicas de mudança psíquica do que sobre terapias breves em si mesmas. Mas é verdade que, com o ponto de vista que desenvolvi, boa parte dos tratamentos que fazemos são de curta duração, embora não sejam necessariamente psicoterapias breves. Procuramos sempre encontrar solu-

ções para problemas, problemas que são às vezes difíceis. O que faz com que as pessoas me considerem um especialista em psicoterapia breve é que meus primeiros trabalhos foram publicados nesta área; depois, não é mais possível se desfazer de um rótulo.

Percurso: Gostaríamos de ter uma idéia de como funciona o serviço público no seu país...

Gilliéron: Trata-se, no caso da Policlínica, de um serviço universitário; na Suíça as universidades per-

“A terapia breve é contra-indicada para pré-psicóticos e para obsessivos, por exemplo.”

tencem ao Estado, e os assalariados recebem pelo Estado. O serviço depende da Saúde Pública e do Departamento do Interior. Os pacientes pagam pelo atendimento, já que quase todos têm um seguro-saúde, mas este pagamento - feito em nome do terapeuta à clínica - é encaminhado ao Estado. Portanto é como se pagassem ao médico, mas não diretamente. A sessão é paga por quarto de hora, 100 dólares a hora, em termos gerais; nós contamos em “tempo psiquiátrico”. Há consultas que podem demorar

menos de 15 minutos, para certos pacientes que estão sob controle medicamentoso: nestes casos, cobramos um quarto de hora. Uma sessão de análise dura 45, 50 minutos: contamos uma hora. Portanto, a sessão custa 100 dólares.

Percurso: Quem paga a quem?

Gilliéron: Nós nos demos conta dos inconvenientes no caso do seguro pagar diretamente; assim, o seguro reembolsa o paciente, e é o paciente quem paga ao médico. Mas isto coloca também uma série de problemas, porque, por exemplo, se um toxicômano recebe o dinheiro do seguro, ele imediatamente sente-se impelido a comprar drogas, e não a pagar o seu médico...

Percurso: O senhor referiu-se anteriormente ao fato de que 60% dos pacientes vêm espontaneamente; como o senhor compreende esta situação? Pode-se dizer que se trata de um fenômeno cultural?

Gilliéron: É em parte cultural e está ligado ao trabalho em profundidade que foi feito com a população. Há um trabalho enorme feito, por exemplo, com os clínicos gerais, com os juizes, e com a população em geral; trabalhou-se muito neste sentido. Isso contribuiu para que a psiquiatria tivesse podido penetrar nos costumes. Toda vez que organizo uma jornada de estudos, por exemplo, para clínicos gerais, posso estar certo de que comparecerão um terço dos médicos da região. É impressionante, eles vêm com prazer.

Percurso: O senhor acha que, neste momento, tanto a crise quanto o desemprego têm a ver com o fato de as pessoas estarem mais angustiadas e procurarem ajuda?

Gilliéron: Em parte, sim. Mas o problema é que, apesar do desemprego, há poucos operários desempregados que nos procuram. Frequentemente, é a mulher do desempregado que vem; ou podem ser os patrões e os funcionários de escritório: estes suportam menos o desemprego. Os desempregados o

aceitam melhor, ou talvez tenham vergonha, não sei; em todo caso, não nos consultam.

Riscos de dogmatização e o estudo do setting

Percorso: Gostaríamos de por em questão as relações entre psicanálise e psicoterapia breve: o que a psicanálise tem a aprender com o modelo da terapia breve? Existe uma certa resistência de alguns psicanalistas em aceitar este modelo?

Gilliéron: Tomemos a questão da resistência de certos psicanalistas às psicoterapias breves. Isto está articulado diretamente às questões do setting, e exprime-se por argumentos que são presumidamente tomados de Freud. Mas Freud não disse que não há tempo no inconsciente; ele disse que os processos inconscientes são atemporais - eis um dos argumentos comumente utilizados. Outro argumento é: como seria possível prever o resultado da psicoterapia analítica, prever o final, ou o final de uma análise? Mas no fundo todos esses argumentos não se fundamentam sobre a experiência. Fundamentam-se, principalmente, em referências a livros, a um personagem. Este tipo de argumento mostra que as pessoas tendem a fechar os olhos para a realidade, não querem experimentar coisas, preferem referir-se a uma ideologia. Então, para essas pessoas, a psicanálise não é uma prática terapêutica: é simplesmente um ritual ligado a uma ideologia, que elas se propõem a defender. Eu desconfio muito desses psicanalistas e de sua eficiência no trabalho com os pacientes, porque eles fazem simplesmente algumas coisas referidas a um modelo que Freud jamais defendeu, já que o próprio Freud modificava constantemente suas concepções teóricas em função das necessidades da clínica. Tenho a impressão de que, após a morte de Freud, para alguns, tudo se cristalizou, e que só nos

resta fazer a teoria dentro de um corpo muito restrito de pensamento; é isso que faz com que a teoria psicanalítica ande em círculos, pois ela se desligou da clínica.

Percorso: Para muitos psicanalistas, então, a psicanálise e Freud são uma religião?

Gilliéron: Mais do que uma religião, são uma ideologia - como o marxismo era uma ideologia, e vimos no que deu; a prova de que se trata de uma ideologia é que as idéias permanecem imunes à expe-

“Para alguns,
após a morte de
Freud tudo
se cristalizou:
a psicanálise
transformou-se num
ritual e numa
ideologia.”

riência e à realidade. Num dado momento, querer confundir a idéia com a realidade acaba levando a uma destruição da própria filosofia. E aí, me sinto muito inquieto, porque, quando estamos muito preocupados com uma idéia - como manter o corpo psicanalítico na sua pureza - não nos preocupamos com os pacientes. É por isso que, brincando, eu disse que seria necessário fazer também um centro de psicoterapia breve para as vítimas dos psicanalistas, como o fazemos para as vítimas da violência. A teoria

pode nos impedir de estar atentos àquilo que se passa com os próprios pacientes, este é o perigo.

Voltemos à questão do setting. Este tem sido atualmente objeto de reflexão nos meios psicanalíticos; entre os autores de língua francesa, podemos lembrar de André Green e Jean-Luc Donnet, por exemplo. A psicanálise criou um enquadramento que inverte o raciocínio médico habitual. Este consiste numa maneira de observar as coisas do exterior e de vê-las de modo concreto; observamos um fenômeno para perceber os resultados de sua ação, e tiramos conclusões. Esse é o ponto de vista científico habitual. Num determinado momento, Freud teve um movimento genial, isto é, ele inverteu as coisas, e colocou a subjetividade em primeiro plano. Colocando o sujeito no primeiro plano, os objetos para ele se tornaram contingentes. Fazendo isso, ele se apoiou sobre um enquadramento que tinha definido e não mais modificado - o setting analítico - que deixa todo o espaço para o surgimento da subjetividade. Freud construiu em seguida um modelo de compreensão dos fenômenos psíquicos baseado em suas observações neste enquadramento. Evidentemente, toda modificação, em qualquer aspecto do enquadramento, só poderia modificar a teoria. A condição básica do setting analítico é a neutralidade do psicanalista, e a ausência do psicanalista do campo visual do paciente. A partir daí, Freud observou certas coisas e procurou criar um modelo que as explicasse, que foi o modelo do inconsciente - o primeiro modelo. Se observarmos a evolução de seu pensamento, no plano técnico, veremos que ele sempre tentou compreender (no interior daquele contexto) o que se passava. Sempre procurou vencer os obstáculos, dizendo: se as coisas não se passam efetivamente como eu previ, é porque a teoria que desenvolvi não é efetivamente verdadeira, portanto

preciso modificá-la. Este ponto de vista tem um valor. O fato de que Freud tenha proposto este enquadramento permite-nos dizer: “nesse contexto, eis o que acontece, e eis como eu posso explicar as coisas”. Mas o erro está em não se dar conta de que aquilo que se observa, e a teoria que se desenvolveu, é uma teoria válida para o interior de um dado contexto. Eu não reprovos as pessoas que imaginavam que o sol girava em torno da Terra. É uma teoria que estava fundamentada sobre um modo de ver as coisas; não é mais verdadeiro dizer que a Terra gira em torno do sol, depende do ponto de vista em que nos colocamos. Algo mais eu ainda poderia acrescentar a respeito do uso do setting - e aqui refiro-me àquilo que pude verificar a partir do ponto de vista com o qual tenho trabalhado, ou seja, a partir dos diversos contextos que podemos obter por variações do enquadramento. Se considerarmos o diagnóstico feito nas quatro sessões iniciais e se refletirmos sobre a questão do enquadre, observamos que a tendência à repetição que empurra o paciente na direção de buscar um substituto no terapeuta pode ser considerada como um ataque contra as características psicoterapêuticas do enquadre da consulta. É como se o paciente dissesse, inconscientemente: “eu não preciso de um terapeuta, mas de um amigo ou inimigo”. E há pacientes que chegam a verbalizar isso. Tal movimento, sendo admitido, levamos a compreender que a demanda inicial inconsciente do paciente - que comporta um ataque contra o enquadre terapêutico - está diretamente vinculada à crise que ele está vivenciando, e que ela refletirá certos aspectos da organização da personalidade do paciente. Assim, uma observação muito atenta das primeiras interações terapeuta/paciente nos permitirá deduzir, primeiramente, a crise que vive o paciente e, em segundo lugar, a organização de sua personalidade. A técnica que

eu proponho baseia-se numa melhor compreensão daquilo que eu chamo dos efeitos do setting. Assim que, modificando as condições nas quais o paciente é atendido, ele irá se comportar diferentemente.

Percorso: Nesses dois dias tivemos a oportunidade de ouvi-lo, assim como de ler seu livro,¹ e talvez possamos concluir que a terapia breve é uma modalidade de psicoterapia psicanalítica. Isto é, o senhor utiliza muitos conceitos psicanalíticos, utiliza as técnicas psicanalíticas,

“A observação atenta das primeiras interações paciente/terapeuta permite deduzir a crise e a organização da sua personalidade.”

mas ao mesmo tempo muda alguma coisa; mudando, já não é mais psicanálise?

Gilliéron: É uma questão de definição. Estou de acordo que não é uma psicanálise no sentido habitual, mas é preciso que saibamos o que chamamos de psicanálise. A psicanálise é muitas coisas: é uma técnica, é uma teoria do funcionamento psíquico, é um sistema conceitual. O que eu proponho? Proponho que há coisas que vemos no contexto clássico da psicanálise, mas há também o que não vemos.

O que representa pensar em termos psicanalíticos, em um novo contexto? Desde o momento em que digo a um paciente: “isso não me diz respeito” - e aqui está implícita a noção de transferência - eu procuro encontrar uma teoria que explique o que está acontecendo. Para mim, o pensamento psicanalítico mantém todo seu valor também no exterior do setting clássico; não é alguma coisa fechada sobre si mesma, mas tem valor para explicar certos fenômenos.

Percorso: No seu livro, há um exemplo de terapia breve no qual o senhor conta de um paciente que entra e diz a seu terapeuta: “o senhor está bronzeado” e que a mesma situação poderia também acontecer numa análise; o paciente entra, vê seu analista dois segundos, deita-se e diz-lhe: “o senhor está bronzeado”, ou “hoje o senhor está com boa aparência” ou qualquer coisa parecida. O senhor considera que há uma diferença entre estas duas afirmações nos dois contextos; penso que é a mesma coisa em termos do funcionamento psíquico do paciente.

Gilliéron: Talvez seja a mesma coisa, mas o contexto no qual ele se exprime é diferente.

Percorso: Qual a diferença?

Gilliéron: Num contexto, quando o paciente se aproxima do divã, deita-se e diz ao psicanalista: “o senhor está bronzeado” ou “o senhor está com boa aparência hoje”, ele se refere à lembrança fugaz daquilo que viu. É a isto que se refere; ele não vê seu analista neste momento. O que ocorre é automático: ele experimenta a necessidade de dizê-lo, mas trata-se de uma imagem já interna, que ele guardou no interior de seu espírito. O paciente está intrigado por esta situação, por esta imagem; temos imediatamente um elemento transferencial muito nítido. A nitidez do movimento transferencial se perde um pouco na situação face-a-face, já que mais freqüentemente há a

ilusão de que aquilo que o paciente fala corresponde à realidade presente; ele efetivamente vê o rosto do terapeuta! O trabalho com a transferência e a análise da contra-transferência tornam-se mais difíceis, porque há uma tendência maior em confundir-se realidade e fantasia. Costumo dizer, de uma maneira um tanto esquemática, que a psicanálise se dá no tempo passado - como uma narração - enquanto que a psicoterapia face-a-face se dá no tempo presente, em um nível mais dramático. O paciente que diz uma frase dessas ao analista, estando sobre o divã, o fará freqüentemente após um breve silêncio, e depois ele vai comentar, automaticamente, o que aquilo lhe provocou.

Percurso: Nem sempre...

Gilliéron: Ele pode não o fazer porque há resistência... Mas ele não vê o analista. O simples fato de ele estar sobre o divã e de o dizer ao analista mostra que há uma espécie de discordância entre o que se espera que ele diga e o que ele efetivamente diz. Espera-se que ele fale da sua vida interior, mas ele se dirige ao analista como se o estivesse vendo.

Percurso: Espera-se que o paciente fale da sua vida interior ou que simplesmente diga o que lhe vem à cabeça?

Gilliéron: Estou de acordo. Espera-se que ele diga o que lhe passa pela cabeça, mas não que ele se dirija diretamente ao analista. Isto é, que ele provoque o analista com uma observação que exige uma resposta. São momentos cruciais, acontecem sempre nas análises, e não estão compreendidos na regra de associação livre. A associação livre seria "eu tenho o sentimento de que o senhor está bronzeado", ou "eu o vi bronzeado", ou "eu penso isso do fato de o senhor estar bronzeado", e não um ataque direto contra a pessoa, porque ao analista cabe simplesmente escutar. Vocês compreendem, é uma dinâmica um

pouco diferente. No face-a-face, se o paciente diz: "o senhor está bronzeado", temos a impressão de que ele se dirige diretamente à pessoa do analista, e que está no direito de fazê-lo, pois a pessoa está lá. É normal que nos dirijamos ao outro na situação face-a-face. É menos normal, sobretudo com um comentário daqueles, que o façamos sobre o divã. E não serão absolutamente os mesmos pacientes que farão as mesmas observações. O paciente neurótico, em um clima de confian-

“A psicanálise, e o setting psicanalítico, contêm o germe da interminabilidade do processo, e nisso são iatrogênicos.”

ça, poderá facilmente fazer esta observação no face-a-face. Um paciente neurótico, como o entendo, quer dizer, com uma estrutura muito evoluída de funcionamento psíquico, não começará do mesmo jeito no divã, isto é, tomará algumas precauções, e não comentará tão facilmente as coisas. Ao contrário, um borderline atacará diretamente.

Percurso: O senhor acha que o setting, o enquadramento psicanalítico, poderia ter um efeito iatrogênico em si mesmo?

Gilliéron: Estou seguro disso,

e posso demonstrá-lo com casos clínicos; o setting psicanalítico tem um aspecto iatrogênico, e não nos damos conta disso. Por exemplo, no setting está inscrita uma noção de perfeição, uma noção muito narcísica. A ausência de duração pré-determinada que está inscrita no setting dá automaticamente o sentimento de uma certa perfeição possível, e, nisso, ele contém o germe da não-terminabilidade da análise. Porque há sempre uma possibilidade de sentir-se imperfeito, e de lutar contra o sentimento de imperfeição. Portanto, há algo de muito iatrogênico para certas estruturas de personalidade.

Percurso: E a outra face da moeda: será que o face-a-face com o paciente não pode ter um efeito de sedução?

Gilliéron: Claro. Não há razão para ser severo de um lado e não do outro. O risco do face-a-face é o desenvolvimento de "psicoses de transferência", e o risco de sedução é muito grande. Psicoses de transferência ou transferências eróticas são difíceis de lidar. Mas também é uma prova de que no face-a-face ocorrem fenômenos específicos. Não é uma defesa pelo controle da realidade, mas uma defesa pela negação da realidade. Sempre se teve medo de que a transferência não se desenvolvesse no face-a-face, mas é o contrário que ocorre.

A questão diagnóstica e o término do tratamento

Percurso: Um ponto que o senhor tem dado bastante ênfase no seu trabalho é a questão diagnóstica...

Gilliéron: Sim. Estamos fazendo estudos concretos, por exemplo, pesquisas científicas sobre o que chamamos de "traumatismo psíquico". É sobretudo um estudo sobre os efeitos traumáticos de certos acontecimentos do passado de um sujeito, dos quais podemos ver traços na sua vida atual. Como acontece então? Eu elaborei um questionário, no qual

estudamos alguns pontos específicos de uma primeira entrevista com um paciente, o registro do que foi dito nos primeiros dez minutos. E tentamos fazer uma idéia precisa da personalidade do sujeito, sem ter outros dados. Reconstruímos o passado dele; por exemplo: o pai era alcoólatra, a mãe era de tal maneira, sem ter quaisquer dados. Penso que isso só se pode fazer com precisão recorrendo ao pensamento psicanalítico, isto é, tentando ver como, psiquicamente, o sujeito integrou os fenômenos.

Percurso: O senhor poderia nos dar um exemplo de como se faz esta avaliação nos primeiros minutos de uma entrevista?

Gilliéron: Sim... Notem que, no exemplo que irei fornecer, tratava-se de uma primeira entrevista - entre as que compõem as quatro sessões - onde o que guiou o terapeuta foi, justamente, o uso que o paciente fez do enquadre. Os primeiros minutos representam a melhor situação experimental para estudar as manifestações transferenciais. Quais são as características do primeiro encontro? A primeira delas é que o paciente não sabe nada do terapeuta que ele irá encontrar; ele apenas conhece o estatuto de terapeuta. A segunda é que o terapeuta não sabe nada de seu possível paciente a ser encontrado; ele apenas conhece o estatuto de paciente. Então, no começo ambos só podem apoiar-se nos seus imaginários. O paciente espera algo de seu terapeuta e este espera algo de seu paciente. A observação dessas duas expectativas irá fornecer muitas informações sobre a vida psíquica do paciente e de sua personalidade. É da análise precisa das primeiras interações que serão deduzidas as motivações profundas que levaram o paciente à consulta. No exemplo, então, o paciente chega à consulta. Passa-se mais ou menos o seguinte: TERAPEUTA: "Por que você veio?" PACIENTE: "Eu pedi para falar com você porque eu queria começar

uma psicanálise. Isto por necessidade pessoal, mas também pela necessidade de saber se é possível que seja feita uma psicanálise didática. Apesar da minha idade avançada (40a.), eu ainda não tenho uma situação definida na minha vida. Você acha que poderia ser útil, do ponto de vista profissional, fazer uma psicanálise didática enquanto formação?" O psicoterapeuta pede maior precisão, em particular se o paciente vem procurar um tratamento ou uma formação. A isso o

“Da análise precisa das primeiras interações, serão deduzidas as motivações profundas do paciente.”

paciente responde, um pouco confusamente: "Eu sofro com a situação de não ter uma profissão e a psicanálise didática pareceu-me uma boa solução." Observe-se que esses primeiros minutos de uma entrevista entre dois indivíduos desconhecidos fornecem-nos logo - se conseguirmos analisá-la - informações bem precisas. O paciente fez, manifestamente, uma confusão lógica muito importante. Ele não reconheceu claramente o aspecto terapêutico; ele fez de conta que é um desempregado procurando um tra-

balho. Há anos ele não consegue encontrar um trabalho fixo, ainda que tenha feito bons estudos universitários. E veio pedir uma psicanálise para fazer disso uma profissão. Ele não se interrogou sobre o que o impediu de desfrutar seus estudos, mas veio pedir, simplesmente, uma profissão para o psicoterapeuta. Se o paciente tivesse dito: "não preciso de tratamento, mas quero uma análise didática", teria tido um reconhecimento implícito do enquadre e eu não teria tirado as mesmas conclusões. Mas o paciente, de fato, fez uma confusão de nível lógico ao não reconhecer o aspecto terapêutico do enquadre, isto é, ele não se reconheceu como paciente. Ele estava imerso numa confusão de pensamento. Assim, observo que se trata de um caso patognomônico de uma organização psicótica de personalidade. O pré-psicótico confunde o enquadre psicoterapêutico e a vida sócio-profissional. Já o perverso procura usar do enquadre em seu próprio proveito, e o neurótico respeita o enquadre, reconhece-se e considera-se como responsável por suas próprias dificuldades. Se o psicoterapeuta sabe manejar esses três tipos de situações, ele estará em melhores condições de propiciar ao seu paciente mudanças significativas nas "quatro sessões". Evidentemente, não se pode adotar a mesma atitude frente a cada uma dessas organizações de personalidade.

Percurso: E quais as referências teóricas que o senhor vem utilizando para pensar a questão diagnóstica?

Gilliéron: Em termos de referências psicanalíticas propriamente ditas, o quadro teórico da psicopatologia ao qual me reporto é baseado nas elaborações de Freud que tratam de diferentes organizações de caráter, mas é fundado sobre o trabalho de Kernberg e Jean Bergelet, no que tange às organizações da personalidade, e também sobre os trabalhos de Bouvet a respeito das

relações de objeto. Há ainda Bernard Brusset, que fez estudos sobre as relações de objeto na perspectiva de Fairbairn; esses estudos também me interessam. De outro lado, há ainda um trabalho pessoal; isto é, eu coloquei em discussão as formulações desses autores sobre a base da observação dos pacientes. Eu procuro diferenciar, por exemplo, organizações pré-psicótica e borderline, e formulo uma definição bastante precisa da organização perversa.

Percurso: Como se faz, em psicoterapia breve, quando ao final do tratamento ainda há coisas a serem tratadas?

Gilliéron: Essa é uma questão que nos colocamos sempre. Do meu ponto de vista, isto retoma aquilo que discutimos a propósito do efeito eventualmente iatrogênico da psicanálise. Pois há sempre, mesmo ao final da análise, alguma coisa que seria necessário resolver. Portanto, quando colocamos esta questão, algumas vezes é porque nos apoiamos numa concepção carregada ideologia da perfeição. Então, como fazemos? Dizemos: bem, infelizmente não pudemos fazer tudo, há coisas que são imperfeitas na existência. Tentamos interpretar o sentimento de insatisfação do paciente em função dos seus desejos de onipotência narcísica, ou perfeição narcísica, e o fato é que esta interpretação alivia bastante os pacientes. Mas se eu pensar que devo deixar um paciente perfeitamente feliz no final, e sem problemas, é evidente que não poderia terminar nunca.

Percurso: Como o senhor vê a dissolução da transferência? Isto é, no final do tratamento, como se coloca a questão da dissolução da transferência? E os restos não resolvidos? Ferenczi utiliza este termo, e o senhor fala de Ferenczi a propósito das psicoterapias breves.

Gilliéron: Sim, estas idéias partem de Ferenczi. A primeira resposta é: se vocês podem me mostrar al-

guém em análise que tenha resolvido completamente sua transferência com o analista, bem, pediria para vê-lo. A resolução da transferência com o analista freqüentemente leva anos depois que se termina a análise. Em psicoterapias breves, assim como as concebo, uma vez que é uma psicoterapia claramente nos princípios psicanalíticos, mas num contexto diferente, os problemas do término ligados à resolução da transferência são muitas vezes extremamente agudos. E há certamen-

“Uma parte da resolução da transferência passa sempre pelo luto fantasmático, na análise ou na terapia breve.”

te um primeiro passo bastante doloroso, que é dado nesse momento, em direção ao fim. A menos que se termine com movimentos transferenciais bastante positivos, isto é, que o paciente saia guardando de seu analista uma boa lembrança. Poderíamos estar falando de resolução de transferência? Não. Existem talvez alguns aspectos transferenciais que foram resolvidos, mas há, em todo caso, o apoio numa boa relação com alguém. A resolução da transferência se fará mais tarde, no contato com a realidade, e talvez

com a possibilidade de rever o analista num contexto diferente. O fato de se viver numa pequena cidade, como é o meu caso, faz com que se encontre e reveja-se o analista em outros contextos. Certamente a resolução da transferência é bastante difícil; mas o apoio sobre uma transferência positiva pode ajudar muito na vida da pessoa. Não se trata de negação, pois não desconsidero o problema do luto. Se o final da psicoterapia breve ocorre num movimento maníaco de negação do luto, então ela fracassou. Uma parte da resolução passa sempre pela análise do luto, mas é um luto que deve ser analisado como fantasmático. Isto é, é o luto de uma relação ideal com o analista, ideal que poderia dar todo o prazer que a vida cotidiana não oferece. Em suma: existe uma resolução parcial da transferência, que é necessária para terminar.

Percurso: Qual é a relação entre o final do tratamento numa psicoterapia breve e o “corte” proposto por Lacan?

Gilliéron: Há uma diferença fundamental. Primeiramente, o limite de tempo faz parte de um contrato com o paciente. Não sou eu quem corta; estabelece-se um contrato que faz parte do setting. A limitação temporal faz parte desde o início, e isto concerne tanto ao paciente como ao psicoterapeuta. Não é algo que eu mesmo decida, num determinado momento, para, por assim dizer, ajudar o paciente a tomar consciência de alguma coisa. Creio que esta é a diferença fundamental. A outra diferença consiste em que, por ser algo da ordem do contrato, estamos diante de algo elaborável, e temos um certo tempo de elaboração. Digamos que Lacan não teve um papel mais destacado nas elaborações dos autores que trabalharam sobre o tema da psicoterapia breve. No que tange ao trabalho que eu faço, é certo que todas as elaborações sobre a organização das personalidades, sobre a função equilibrante, a importância da função

simbólica no equilíbrio psíquico de um indivíduo, esses são elementos certamente influenciados por Lacan. A noção que a mim parece muito útil, porque ninguém além de Lacan a abordou de maneira tão inteligente, é a noção de forclusão.

Percursos: Qual é sua definição de psicanálise?

Gillieron: Para mim, quando falo de técnica, refiro-me à psicanálise clássica, ao paciente no divã, à regra da associação livre. Do ponto de vista técnico, psicanálise concerne ao enquadramento psicanalítico e ao que nele ocorre. Eis uma definição muito simples. Agora, a outra definição está relacionada ao corpo teórico: é quando as coisas ficam mais complexas, porque a teoria é algo modificável e mobilizável. A minha definição, neste caso, é esta: o que resta dos modelos de funcionamento psíquico descritos por Freud quando eu mudo o contexto? Trata-se da psicanálise que me serve como referência teórica para explicar os fenômenos que aparecem em um contexto dado ou em outro. É uma forma de metapsicologia necessária à explicação dos fenômenos psíquicos. A noção de transferência, por exemplo, eu a coloco em questão. O que nos permite dizer que se trata de transferência ou de não-transferência? Quando falamos de transferência, o que permite ao analista dizer que “não é com ele”? É aí que devemos recorrer à noção de enquadramento, porque o paciente não vem ao analista para amá-lo, para detestá-lo, mas vem porque busca tratamento. A psicanálise, para mim, é uma abordagem teórica do funcionamento psíquico, mas que eu tento constantemente repensar à luz de uma reflexão sobre o método propriamente dito.

Percursos: Aquilo que podemos considerar como específico da psicanálise - a associação livre e a interpretação da transferência - garante que não nos tornaremos um guru para o paciente?

Gillieron: O método pode garantir isso, mas não é exatamente assim. Porque tudo depende do que o analista vai fazer com as associações do paciente. O que eu posso mostrar é que muitos analistas, no fundo, tendem, numa análise propriamente dita, a reagir às associações do paciente; quer dizer, sentem as associações como se fossem provocações, e depois se defendem. As ações de defesa são típicas quando há um movimento transferenceal agudo demais, intenso de-

“Mesmo numa análise propriamente dita, há muitos elementos interativos que é preciso perceber e tratar.”

mais. Aí o analista coloca limites. E colocar limites é defender-se, mais do que deixar o paciente viver as coisas e depois estabelecer um corte através da interpretação. Há inúmeras formas de interação na análise que não são percebidas. Um exemplo bastante típico, apresentado por uma analista, era de um paciente que ela considerava obsessivo, e que tinha entrado com ela num princípio de repetição. Isto é, toda vez que a analista dava uma interpretação, o paciente respondia: “sim, você tem razão, isso mostra

bem até que ponto você me compreende. Aliás, eu vou contar algo mais, isso me lembra que no passado etc...” Depois a analista interpretava isso como uma resistência, dizendo: “você vê, no fundo, você necessita me dar razão etc...” e o paciente respondia: “é verdade. Aliás isso me lembra que no meu passado ...”. Isso durou cerca de dois anos, até o momento em que a analista se irritou e aguardou um momento em que o paciente estava mais zangado para lhe dizer: “você vê que não está concordando comigo”. Esta foi uma reação. A atitude de corte real teria sido outra: confrontar o paciente com a realidade de sua agressividade, e dizer-lhe que todo seu comportamento tão obediente estava ligado a problemas de agressividade. Não servia de nada apontar, colocar em evidência o comportamento, sem se desprender da coisa através de uma interpretação. Por exemplo, dizer: “constato que você experimenta uma forte necessidade de me dar razão, e que provavelmente esta necessidade está ligada à necessidade de fazer de mim um ser extremamente positivo e benevolente...” A partir daí, podemos avançar. Portanto, aceitar, mas também dar sentido. São aspectos da técnica que aprendi basicamente nos meus trabalhos com psicoterapias breves, e é por isso que digo que mesmo na psicanálise há elementos interativos que é necessário saber tratar.

NOTA

1. O Entrevistador refere-se, aqui, ao primeiro livro de Gillieron publicado no Brasil: *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro, Zahar, 1986. Contamos, ainda, com a publicação recente de um segundo livro no Brasil, cujo lançamento ocorreu simultaneamente à conferência proferida por Gillieron em São Paulo em 14.06.93, no Instituto Sedes Sapientiae, organizada pelo Departamento de Psicanálise: *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.